

Connect Nevada: Strengthening Youth, Empowering Families

Formulario de consentimiento y de libertad de elección

Sección I: Información del niño/joven				
Nombre del niño/joven:			Fecha de nacimiento:	
Dirección física:			Ciudad:	
Estado:		Código postal:		Número de teléfono:
Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social:			Número de Id.:	
El niño/joven reside actualmente en: (marque una opción)	<input type="checkbox"/> Hogar familiar	<input type="checkbox"/> Hogar de grupo	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Otra residencia:
	<input type="checkbox"/> Justicia juvenil	<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento psiquiátrico residencial	
	<input type="checkbox"/> Cuidado temporal			
Sección II: Consentimiento de inscripción				
Entiendo que tengo la opción de aceptar servicios y estos servicios se me han explicado.				
Me gustaría recibir (elija uno): <input type="checkbox"/> Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) <input type="checkbox"/> High Fidelity Wraparound (HFW) <input type="checkbox"/> Administración Dirigida de la Atención (Targeted Care Management, TCM)				
Iniciales del niño/joven/padre/madre/tutor legal/custodio:			Fecha:	
Sección III: Presentación de información y derechos del niño/joven				
1) Mi coordinador de atención me ayudó a saber qué servicios están disponibles para mí y me proporcionó material para que lo revise.				
2) Mi coordinador de atención me entregó una copia del Manual para miembros jóvenes/niños, que incluye información importante como los derechos y las responsabilidades, cómo encontrar proveedores y cómo presentar una apelación o una queja.				
3) Mi coordinador de atención me ayudó a saber cómo denunciar la sospecha de abuso, negligencia, extorsión, explotación y muerte de adultos y niños, a conocer mi derecho de estar libre de restricciones, aislamiento y daños, y me proporcionó material para mi revisión.				
Nombre en letra de imprenta del niño/joven/padre/madre/tutor legal/custodio:			Fecha:	
Firma del niño/joven/padre o madre/tutor legal/custodio:				
Relación con el niño/joven:				
Envíe por correo postal, correo electrónico o fax este Formulario de consentimiento a:				
Attn: Magellan of Nevada Care Management Department P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994 Correo electrónico: ConnectNV@Magellanhealth.com		Attn: Magellan of Nevada Appeals & Grievances Department P.O. Box 34028, Reno, NV 89533 Correo electrónico: NevadaAppealsGrievances@Magellanhealth.com Fax: 1-888-656-5426		