

**PUBLIC HEALTH DIVISION
CENTER FOR HEALTH PROTECTION
Oregon Psilocybin Services**
<http://oregon.gov/psilocybin>

Consentimiento del cliente para que otras personas estén presentes durante una sesión de administración

Instrucciones: Use este formulario para documentar el consentimiento de un cliente para permitir que otras personas que no sean el facilitador a cargo de la sesión de preparación estén presentes durante la sesión de administración del cliente.

Nombre del cliente: _____

Nombre del facilitador: _____

Nombre del centro de servicios: _____

Fecha: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Otros facilitadores con licencia, que no sea el facilitador que revisa este formulario, que facilitarán las sesiones de preparación, administración o integración del cliente.

Enumere otros facilitadores que facilitarán las sesiones de preparación, administración o integración del cliente.

Intérpretes o personas de apoyo al cliente identificadas en el plan de personas de apoyo al cliente que estarán presentes durante la sesión de administración.

Enumere los intérpretes o las personas de apoyo al cliente y el apoyo de accesibilidad que proporcionarán al cliente.

- Estudiantes e instructores de prácticas de programas de capacitación, si la sesión de administración del cliente va a ser observada para prácticas de programas de capacitación.

Enumere los estudiantes e instructores de práctica que estarán presentes en la sesión de administración del cliente si la sesión de administración va a ser observada para prácticas.

- Otros facilitadores que estarán presentes durante la sesión de administración grupal.

Enumere los facilitadores que estarán presentes durante la sesión de administración grupal y la fecha de la sesión de administración.

- Otros clientes presentes durante una sesión de administración grupal.

Enumere otros clientes que estarán presentes durante una sesión de administración grupal.

--

- Para las sesiones de administración grupales, los intérpretes o las personas de apoyo al cliente identificadas en otros planes de personas de apoyo al cliente.

Enumere los intérpretes o las personas de apoyo al cliente identificadas en otros planes de personas de apoyo al cliente.

Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado el mismo en coordinación con un facilitador de servicios de psilocibina antes de participar en una sesión de administración.

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente

Fecha

Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado el mismo con el cliente antes de que este participe en una sesión de administración.

Nombre del facilitador (en letra de imprenta)

Firma del facilitador

Fecha