



**ACUERDO DE ADMISION**

Yo, \_\_\_\_\_, por lo presente doy mi consentimiento para mi inscripción en \_\_\_\_\_ para Trastornos por el Uso de Sustancias (SUD por sus siglas en ingles). Servicios de tratamiento proporcionados por \_\_\_\_\_

Yo reconozco que toda la información que he proporcionado al momento de admisión es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y confirmo que no estoy inscrito en ninguna otro programa de Trastornos por el Uso de Sustancias en este momento.

- **La elegibilidad para Medi-Cal es el pago total para los servicios recibidos.**
- Si **no** soy elegible para Medi-Cal, yo estoy de acuerdo en pagar, basado en incrementos de servicio de 15-minutos, para servicios ambulatorios o ambulatorios intensivos que proporciona este programa hasta que mi cuenta está totalmente pagada.

*La unidad de servicio significa: contacto en un día calendario para tratamiento ambulatorio o tratamiento ambulatorio intensivo. La unidad de servicio se identifica en la siguiente tabla:*

Precio por Encuentro	Unidad de Servicio	Precio
Tratamiento Ambulatorio	Incrementos de 15 minutos	\$
Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Incrementos de 15 minutos	\$

- Si tengo que pagar algún cargo, debo pagarlos: \_\_\_\_\_ [fecha(s) de pago]
- Si he pagado de más mi cuenta, se me regresará la cantidad que he pagado en exceso.

**POLITICA DE REEMBOLSO:**

Peticiones de reembolso de fondos de clientes por sobre pago de cuentas son iniciadas por la Administración de Servicios para Trastornos por el Uso de Sustancias y Recuperación. Estas peticiones serán enviadas al departamento de Cuentas por pagar para su procesamiento.

**POLITICA DE PAGO PRIVADO:**

El Departamento de Salud Mental utiliza el Método Uniforme para Determinar la Habilidad de Pagar (UMDAP por sus siglas en inglés) para calcular su cantidad a pagar de acuerdo a sus ingresos (Sliding Scale Fee por su nombre en inglés).

**LOS SERVICIOS INCLUYEN:**

- Admisión
- Consejería individual o en grupo
- Educación para el Paciente
- Terapia Familiar
- Servicios de Medicamentos
- Servicios Colaterales
- Servicios de Intervención de Crisis (cuando sea necesario)
- Planificación de Tratamiento
- Servicios de alta
- Coordinación de Cuidado
- Prueba de drogas sin previo aviso

- Colaboración con Servicios de Referencias

### **CONFIDENCIALIDAD:**

Me han dado a conocer que solamente el personal autorizado del programa tendrá acceso a mi archivo y que ningún registro, declaración o dato contenido en él puede ser usado para procesar, poner cargos o infringir de mis Derechos Civiles. Por eso, la confidencialidad de mis archivos me ha sido asegurada como lo estipula el reglamento del Acta de Portabilidad y Contabilidad de Seguro Médico (HIPPA por sus siglas en inglés) y las Regulaciones del Código Federal, Título 42, parte 2.

**Excepciones a la Confidencialidad** – el programa **puede ser obligado** a compartir mi información para lo siguiente:

1. Reportar sospechas de homicidio, suicidio, abuso de ancianos o abuso de niños;
2. En caso de una emergencia médica; **y**
3. En respuesta a una citación ordenada por la corte.

### **POLITICA DE RECAIDA:**

Reconociendo que la recaída puede ser parte del proceso de tratamiento, una persona que está fallando el programa por la inhabilidad de discontinuar el consumo de drogas o alcohol puede tener la oportunidad de:

1. Regresar a completar el programa si exitosamente puede completar el proceso de abstinencia o un programa de mayor nivel de cuidado.
2. Trabajar con el personal del programa para asegurar su éxito en el programa actual por medio de referencias temporales a un tratamiento más intensivo cuando se indica.
3. Usar métodos de intervención, mientras que la evaluación del consejero de alcohol y drogas indique que se demuestra suficiente motivación para quedar libre de alcohol y drogas; **y/o**
4. El consejero de alcohol y drogas puede, referir el individuo a un nivel más alto de cuidado en cualquier momento, si la situación está en el mejor interés del paciente y queda aprobado por el Gerente del Programa o Supervisor de la Clínica.

### **CONSECUENCIAS POR LA RECAIDA:**

Yo reconozco que me han informado a cerca de las consecuencias por recaer y/o uso de alcohol/ drogas ilegales mientras que esté inscrito en el programa \_\_\_\_\_ (Iniciales del Cliente)

Ejemplos de consecuencias posibles por la recaída incluyen, pero no son limitados a:

- Puesto bajo un contrato;
- Escribir una carta de disculpa a sus compañeros;
- Someter una prueba de droga antes de cada sesión de grupo;
- Completar servicio comunitario;
- Ser referido al Departamento de Libertad Condicional;
- Referido a un nivel de cuidado más alto, **y/o**
- Posibilidad de ir a la cárcel.

### **CONSECUENCIAS POR ASITIR BAJO LA INFLUENCIA:**

Ejemplos de consecuencias posibles por asistir el tratamiento bajo la influencia:

- Separación del grupo y una intervención con su consejero;
- Pueden pedirle que se retire del local;
- Si manejo, sus llaves serán confiscadas, pero se le permitirá llamar para pedir transportación;
- Si huye manejando bajo la influencia, se llamará a la policía;
- 
- Una referencia para desintoxicación o un nivel más alto de cuidado, y/o
- Posibilidad de ir a la cárcel.

**LOS CLIENTES PUEDEN SER DESPEDIDOS DEL PROGRAMA POR LO SIGUIENTE:**

1. Constantemente llegar tarde o faltar sus citas programadas;
2. Falta de asistir a su asesoramiento de alcohol y droga individual o en grupo como se requiere.
3. Falta de seguir el tratamiento de asesoramiento como queda estipulado en su plan de tratamiento;
4. Falta de pagar las cuotas por el tratamiento de acuerdo a las reglas del programa;
5. No seguir las reglas del programa.

**VIOLACIONES QUE RESULTARAN EN LA TERMINACION:**

Cualquier violación de estas reglas pueden ser motivo para la terminación inmediata del programa:

1. Cualquier forma de violencia, abuso físico o destrucción de propiedad.
2. Cualquier abuso verbal mientras que recibe servicios en el programa.
3. Posesión de droga o bebidas alcohólicas en la propiedad. Se prohíbe que los clientes vendan/compren o usen drogas dentro o alrededor de la propiedad.
4. El exceso de faltas en la clínica; esto incluye tres faltas no justificadas dentro de un mes.
5. Perdiendo el tiempo en el estacionamiento o en el edificio.
6. Robar, de lo cual incluye la propiedad de la clínica o las pertenencias de los empleados de la clínica.
7. Amenazas de violencia o comportamiento disruptivo.
8. Llevar o estar en posesión de cualquier arma dentro o cerca de la clínica resultará en un arresto por medio de código de penal 171(b).

**PROCEDIMIENTO DE QUEJAS:**

Quejas/reclamos por servicios para los trastornos por el uso de sustancias pueden dirigirse a:

- Department of Behavioral Health, ACCESS Unit  
303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92418-0026  
(888) 743-1478 o (909) 386-8256, [TDD] 711 Fax (909) 890-0353, o
- Department of Health Care Services, Substance Use Disorder Services  
P.O. Box 997413, MS# 2601, Sacramento, CA 95899-7413  
Enviar forma de fax a: (916) 445-5084
- SUD División de Cumplimiento, Numero Publico: (916) 322-2911, Lada Sin Costo: (877) 685-8333

Yo reconozco que tengo derecho a servicios de calidad y que no se me discriminara por motivos de raza, origen étnico, orientación sexual, genero, edad, religión, discapacidad o mi capacidad de pagar por los servicios.

He recibido una copia del Acuerdo de Admisión \_\_\_\_\_ (Iniciales del Cliente)

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha