



**ACUERDO DE ADMISIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente reconozco mi consentimiento para la inscripción en el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (SUD) \_\_\_\_\_ Servicios de tratamiento proporcionados por \_\_\_\_\_

Reconozco expresamente que toda la información que he proporcionado al momento de la admisión es verdadera según mi leal saber y entender y confirmo que no estoy inscrito en ningún otro programa de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD) en este momento.

- **La elegibilidad para Medi-Cal es el pago total de los servicios prestados.**
- Si **no** soy elegible para Medi-Cal, acepto enviar el pago por los servicios ambulatorios/ambulatorios intensivos proporcionados por este programa hasta que las tarifas se paguen en su totalidad.

*Tabla de Unidades de Servicio*

| Tarifas por Encuentro             | Unidad de Servicio        | Tarifa |
|-----------------------------------|---------------------------|--------|
| Tratamiento ambulatorio           | Incrementos de 15 minutos | \$     |
| Tratamiento Ambulatorio Intensivo | Incrementos de 15 minutos | \$     |

*Unidad de Servicio: contactar en un día calendario para Tratamiento Ambulatorio o Tratamiento Ambulatorio Intensivo según se identifica en la tabla anterior.*

- Si tengo cuotas que pagar, las mismas vencerán: \_\_\_\_\_ [fecha(s) de pago]
- Si he pagado tarifas en exceso, se me reembolsará el exceso.

**POLÍTICA DE REEMBOLSO:**

Las solicitudes de reembolso de tarifas de clientes debido al pago en exceso de tarifas de clientes son iniciadas por la Administración de Servicios de Recuperación y Trastornos por Uso de Sustancias. Estas solicitudes se enviarán a Cuentas a Pagar para su procesamiento.

**POLÍTICA DE PAGO PRIVADO:**

El Departamento de Salud Conductual utiliza el Método Uniforme para Determinar la Capacidad de Pago (UMDAP) para calcular su tarifa de escala móvil para pago privado.

**LOS SERVICIOS INCLUYEN:**

- Admisión
- Asesoramiento Individual y/o Grupal
- Educación del paciente
- Terapia familiar
- Servicios de medicación
- Servicios colaterales
- Servicios de intervención en crisis (cuando sea necesario)
- Planificación del tratamiento
- Servicios de alta
- Coordinación de la atención
- Pruebas de drogas al azar

- Colaboración con fuentes de referencia

### **CONFIDENCIALIDAD:**

Se me ha informado que sólo el personal autorizado del programa tendrá acceso a mi expediente y que ningún registro, declaración o dato allí contenido podrá utilizarse para procesar, acusar o infringir de otro modo mis derechos civiles. Para divulgar mi información médica protegida (PHI) a un tercero, es necesario que firme una **Autorización de DBH para la divulgación de información médica protegida (COM001)** a menos que la divulgación cumpla una de las excepciones enumeradas a continuación. Esto asegura la confidencialidad de mis registros según lo estipula el Código de Regulaciones Federales, Título 42, Parte 2.

**Excepciones a la confidencialidad:** Entiendo que el programa **puede estar obligado** a compartir mi información para estos fines:

1. En caso de una emergencia médica auténtica a un profesional médico;
2. Informar sobre sospechas de homicidio, suicidio, abuso de ancianos o abuso infantil;
3. Informar sobre un delito cometido por un cliente en las instalaciones del programa o contra el personal del programa;
4. Durante una auditoría o evaluación calificada del programa;
5. Solicitudes de investigación debidamente revisadas y examinadas;
6. A una Organización de Servicios Calificada que tenga un acuerdo formal con el programa,  
o
7. Respondiendo a una orden judicial que autoriza la divulgación de mis registros.

### **POLÍTICA DE RECAÍDA:**

Reconozco que la recaída puede ser parte del proceso de tratamiento. Si empiezo a tener dificultades para cumplir con mis objetivos de tratamiento individualizados dentro del programa debido a la incapacidad de suspender el consumo de drogas o alcohol, se me puede dar la oportunidad de:

1. Regresar al programa para completarlo si puedo completar con éxito el tratamiento de abstinencia o un programa de mayor nivel de atención;
2. Trabajar con el personal del programa para garantizar mi éxito en el programa actual mediante el uso de referencias provisionales a un tratamiento más intensivo, cuando esté indicado;
3. Utilizar métodos de intervención siempre que la evaluación del consejero de alcohol y drogas indique que estoy mostrando una motivación adecuada para permanecer libre de alcohol y drogas, **y/o**
4. El consejero de alcohol y drogas puede derivarme a un nivel superior de atención en cualquier momento, si es lo mejor para mí y lo aprueba el Gerente del Programa/Supervisor de la Clínica.

### **CONSECUENCIAS DE UNA RECAÍDA:**

Algunos ejemplos de posibles consecuencias de una recaída son, entre otros:

- Ser puesto en un contrato;
- Escribir una carta de disculpa a los compañeros;
- Someterse a una prueba de drogas antes de cada grupo;
- Completar servicio comunitario;
- Ser remitido al Departamento de Libertad Condicional;
- Ser remitido a un nivel superior de atención **y/o**
- Posible encarcelamiento.

Reconozco que he sido informado de las consecuencias de la recaída y/o el consumo de alcohol/drogas ilegales mientras estoy inscrito en el programa \_\_\_\_\_ (iniciales del cliente).

### **CONSECUENCIAS DE ASISTIR BAJO LOS EFECTOS DE:**

Reconozco los siguientes ejemplos de posibles consecuencias por asistir al tratamiento bajo la influencia de sustancias:

- Estar separado del grupo y tener una intervención con el consejero;
- Es posible que me pidan que abandone el local;
- Si estoy conduciendo, me confiscarán las llaves, pero podré pedir que me lleven;
- Si conduzco bajo los efectos del alcohol, **llamarán** a la policía;
- Es posible que me deriven a un centro de desintoxicación o a un nivel de atención superior, **y/o**
- Posible encarcelamiento.

### **PUEDO SER DADO DE BAJA DEL PROGRAMA POR:**

1. Llegar constantemente tarde o faltar a las citas programadas;
2. No asistir a las sesiones de asesoramiento individual y grupal sobre alcohol y drogas según lo requerido;
3. No adherirse al tratamiento de asesoramiento según lo descrito en mi plan de tratamiento;
4. No pagar las tarifas por el tratamiento según las pautas del programa, y
5. No seguir las reglas del programa.

### **VIOLACIONES QUE RESULTARÁN EN LA TERMINACIÓN:**

Reconozco que las violaciones de cualquiera de estas reglas serán motivo de **terminación inmediata** del programa:

1. Cualquier forma de violencia, abuso físico o destrucción de propiedad;
2. Lenguaje verbal o abusivo mientras recibe servicios en el programa;
3. Posesión de drogas o bebidas alcohólicas en el local;
4. Tengo prohibido traficar o consumir drogas o alcohol en las instalaciones o sus alrededores;
5. Incomparecencia persistente a la clínica; esto incluiría tres ausencias consecutivas injustificadas dentro de un mes;
6. Merodear en el estacionamiento o en el edificio;
7. Robo, que incluye propiedad de la clínica o del personal de la clínica;
8. Amenazas de violencia o comportamiento disruptivo, y
9. Traer cualquier arma dentro o cerca del programa resultará en arresto según el Código Penal 171(b).

### **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS:**

Para quejas y reclamos sobre Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias pueden dirigirse a:

- Departamento de Salud Conductual, Unidad ACCESS  
303 E. Vanderbilt Way, 3.er piso, San Bernardino, CA 92418-0026

(888) 743-1478 o (909) 386-8256, [TDD] 711 Fax (909) 890-0353, o

- Departamento de Servicios de Atención Sanitaria  
División de Licencias y Certificaciones  
Apartado Postal 997413, MS 2601  
Sacramento, CA 95899-7413  
Línea gratuita (877) 685-8333  
Fax: (916) 440-5094  
Correo electrónico: sudcomplaints@dhcs.ca.gov
- División de Cumplimiento de SUD , Número público: (916) 322-2911, Número gratuito:  
(877) 685-8333

Reconozco que tengo derecho a servicios de calidad y que no seré discriminado por motivos de raza, origen étnico, orientación sexual, género, edad, religión, discapacidad o mi capacidad de pago.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha