



701 School Street  
P.O. BOX 566  
Napa, CA 94559  
Phone: (707) 226-1248

Joni N. Yacoe, MFT  
Fax (707) 226-8011  
e-mail: [staff@a4bl.org](mailto:staff@a4bl.org)  
[www.A4BL.org](http://www.A4BL.org)

## PC 1000 Información para el Cliente

Usted ha sido referido por la corte al programa de Desviación de Drogas de la agencia de Alternatives (PC 1000):

Póngase en contacto con: Araceli Casas (707) 226-1248 Ext. 106 o (707) 606-9146

Usted necesita contactar al coordinador del programa indicado arriba, en persona o por teléfono, para hacer cuanto antes una cita y recibir información sobre el programa. De esta manera, podemos decirle al juez que usted cumplió con sus instrucciones. Si usted no hace contacto con la coordinadora en un plazo de 7 días, ella cerrara su caso y lo volverá de retorno a la corte.

Recuerde... **usted** debe hacer contacto con **ella**. Haremos lo mejor de nuestra parte para hacer que el programa funcione para usted, pero usted es la persona que va a estar frente al juez si algo sale mal o no funciona. Es **su** responsabilidad informarse sobre las reglas del programa y asegurarse que usted las cumpla.

Buena Suerte.

- El Costo del Programa es \$600.
- Para registrarse en el programa usted tiene que pagar \$100.
- Usted tiene completar una orientación y pagar \$100 antes de atender su primer grupo.
- Usted tiene que asistir a un grupo de dos horas por semana por diez semanas.
- Cada grupo cuesta \$40
- Usted tiene que proveer dos análisis de orina negativos para completar el programa.
- Usted tiene que asistir a diez reuniones de autoayuda para completar el programa  
Por ejemplo NA o AA
- Usted tiene que asistir a una entrevista de salida para completar el programa.
- Usted debe dar aviso 24 horas de citas perdidas o se le cobrarán \$25.
- Usted entiende que las cuotas no son reembolsables.
- Usted entiende que se le cobraran \$50 si tuviera que re-inscribirse/re-referido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Servicios para el Abuso de Alcohol y Drogas  
701 School St. Napa, CA 94559 (707) 226-1248

**PC 1000 INFORMATION DE REGISTRO**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ CR# \_\_\_\_\_ PID \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Inic. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección de Envío (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular Proveedor para texto \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (M/D/Y) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sex (circule uno) M F Embarazada? S N

Persona a Contactar en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación (con la persona antedicha) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación actual de vivienda (es decir vive con sus padres, tiene su propia familia, vive con compañero, no tiene vivienda)? \_\_\_\_\_

Por favor recuerde esta información para su día y hora de orientación y grupos.

**NOTA:** Tu orientación debe de ser completado dentro de dos semanas del día de hoy, o resultará en tu despido y tu caso será devuelto a la Corte de Napa. La Corte va publicara una orden de arresto en tu contra en cuanto reciba aviso de tu terminación del programa.

<b><i>Sesión de Orientación</i></b>	<b>Día: Lunes</b>	<b>Hora: 4:30 pm-5:30 pm</b>
<b><i>Sesiones de Grupo</i></b> 2 horas por semana por un total de 10 grupos	<b>Día: Martes</b>  <b>Primer Día:</b>	<b>Hora: 5:00 pm-7:00 pm</b>

He leído lo anterior y completados todos los datos correctamente a lo mejor de mi conocimiento.

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



701 School Street  
P.O. BOX 566  
Napa, CA 94559  
Phone: (707) 226-1248

Joni N. Yacoe, MFT  
Fax (707) 226-8011  
e-mail: [staff@a4bl.org](mailto:staff@a4bl.org)  
[www.A4BL.org](http://www.A4BL.org)

### **DERECHOS DEL PARTICIPANTE**

- a. Como cliente del tratamiento de abuso de Alcohol y Drogas, usted tiene derechos que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente. El derecho A la confidencialidad conforme a lo dispuesto en el Título 42, Código de Regulaciones Federales, Parte 2.
- b. A ser tratado con consideración, respeto pleno reconocimiento de su dignidad e individualidad, incluyendo privacidad en el tratamiento y la atención de sus necesidades personales en los contactos con el personal, voluntarios, miembros de la junta y otras personas asociadas con el programa.
- c. A que se le proporcione acomodaciones seguras, saludables y cómodas para satisfacer sus necesidades.
- d. A estar libre de abuso verbal, emocional, físico y/o conducta sexual inapropiada.
- e. A ser informado de los procedimientos para presentar una queja o apelación de descarga, incluyendo pero no limitado a, la dirección y número de teléfono de la agencia de licenciatura o certificación.
- f. A estar libre de discriminación en la obtención de servicios debido a identificación de grupo étnico, religión, edad, sexo, color, o discapacidad.
- g. A acceder información conservada en los archivos de tratamiento de acuerdo con la póliza y procedimiento de acceso al cliente de Alternativas.
- h. A ser plenamente informado, como lo demuestra el reconocimiento por escrito antes o en el momento del ingreso y durante la estancia, de estos derechos y de todas las normas y reglamentos que rigen la conducta del cliente.
- i. A tener la oportunidad de participar en la planificación de su tratamiento y de negarse a participar en la investigación experimental.
- j. A negarse el tratamiento en la medida permitida por la ley y ser informado de las consecuencias de tal denegación.
- k. A ser transferido o dado de alta solo por razones medicas; o por el bienestar de otros clientes; el incumplimiento de las reglas cardinales del programa; o por falta de pago por su tratamiento y se le de aviso personal previo cuando sea posible con el fin de garantizar la transferencia o descarga ordenada; dichas acciones sean documentadas en su expediente médico.
- l. A ser informado de las expectativas del programa de tratamiento y lo que debe hacer para completar con éxito el programa.

Si usted siente que ha sido injustamente despedido o negado los servicios o tiene quejas sobre violaciones posible de dichos derechos o quejas sobre el manejo del programa, usted pueden abordar sus quejas al Director Ejecutivo de Alternativas, al defensor de Derechos del Paciente, (707) 253 -4306, o por escrito a: 2344 Old Sonoma

Road, Napa, CA 94559 o al Departamento de Programas de Alcohol y Drogas, la Unidad de  
Licenciatura y Certificación, 1700 K Street, Sacramento, CA 95814, (916) 322-2911

RECONOCIMIENTO: He sido personalmente informado y he recibido una copia de estos  
derechos en el momento de admisión a Alternatives for Better Living.

---

Firma del Cliente

Fecha

-----

He revisado este documento con la persona nombrada arriba y contestado cualquier pregunta.

---

Firma del Personal

Fecha



## **POLIZA DE FUMAR**

Nosotros animamos a toda persona que asisten a algún programa de ALTERNATIVES que dejen de fumar. Queremos que usted experimente una vida libre de cualquier adicción que probablemente le cause problemas de salud y eventualmente la muerte. Si usted está interesado en dejar de fumar nosotros haremos todo lo posible para apoyar su decisión.

Si escoge fumar le pedimos lo siguiente:

Por favor tenga en mente el impacto que el fumar tiene en todos los que le rodean. Es por eso que fumar en la propiedad de ALTERNATIVES for Better Living no es permitido. Esto incluye nuestro porche delantero, en frente del edificio y en el estacionamiento.

Siempre deshágase de sus cigarrillos. Por favor no tire las colillas en el piso. Hay un bote de basura afuera de él restauran Nations. Nosotros no queremos recoger después de usted.

El personal no está permitido fumar con ningún cliente.

Adultos no deben animar a adolescentes a entrar en conducta adictiva incluyendo fumar. Si usted es un adulto y lo vemos dando cigarrillos o fumando con un cliente menor de 18 se le puede pedir que deje el programa.

Lo más importante es que no animamos a otros a fumar y si usted sabe que alguien está intentando dejar de fumar por favor no fume enfrente de ellos.

Gracias apreciamos su cooperación.

El personal de ALTERNATIVES

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **Pautas para La Participación en el Programa**

### **PARTICIPACION:**

*Se espera que participen activamente en el programa. Por favor, deje los teléfonos celulares en el automóvil o apáguelos por completo.*

### **NO ALCOHOL O DROGAS:**

*Este es un programa libre de todo tipo de drogas incluyendo alcohol. Usted no podrá beneficiar del programa si ha estado usando o bebiendo. Cualquier persona que asista bajo la influencia será pedido que se retire. No es adecuado traer alcohol, drogas, o parafernalia al programa.*

### **ASISTENCIA:**

*Si usted va a asistir, por favor llegue a tiempo a fin de no perturbar a los demás participantes. Se le cobrara por grupos perdidos a menos que estos sean justificados.*

### **TABACO:**

*Por favor, sea respetoso con los demás participantes y con la propiedad de nuestros anfitriones. Fume solamente fuera de la propiedad y por favor recoja sus colillas de cigarro.*

### **VESTIMENTA:**

*Vista casual y cómodamente, pero en su totalidad. Por favor use camisas y zapatos. No use halter top, camisetas sin mangas o ropa que revela. No use ropa que promuevan el alcohol u otro tipo de drogas.*

### **VIOLENCIA:**

*Este debe ser un ambiente seguro, cualquier tipo de violencia contra personas o propiedad dará lugar a la expulsión inmediata del programa. No se permiten armas.*

### **RECOMENDACIONES Y QUEJAS:**

*Por favor, háganos saber cualquier recomendación o queja que pueda tener. Le sugerimos que hable con el personal, o de plantear la cuestión en el grupo cuando sea apropiado.*

### **CONFIDENCIALIDAD:**

*La información que comparte se llevara a cabo en confianza profesional. Esto significa que el personal, ya que funcionan como un equipo, solo compartirá información entre sí para facilitar un mejor tratamiento. Las excepciones son un peligro para sí mismo u otros, maltrato infantil, abuso de adultos, uso o venta de drogas en el programa.*

### **CONDUCTA RESPETUOSO:**

*Esperamos que se comporten con los demás la forma en que desea que se comporten hacia usted. El abuso verbal hacia otros participantes o hacia el personal no es apropiado y no puede permitirse.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_