



<b>Grupo:</b>	
<b>Día y Hora:</b>	
<b>Fecha de Inicio:</b>	

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

Si tiene uno- liste su número CR \_\_\_\_\_ y su PID \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Programa del Delito Menor	<input type="checkbox"/> Carta del Abogado del Condado de Napa Diversión Antes de Cargos Puestos por la ley
<input type="checkbox"/> Programa de la Probación	<input type="checkbox"/> Otra Agencia _____

Nombre de la persona que lo mando (o OP): \_\_\_\_\_  
¿Número de Teléfono?: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Usted es?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
¿Cuál es su grupo étnico? <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿Cuál es su dirección postal? _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	C. Postal: _____
¿Teléfono de casa? (____) _____ - _____		
¿Teléfono de trabajo? (____) _____ - _____		
¿Teléfono de celular? (____) _____ - _____ Celular Proveedor para texto _____		

En sus propias palabras, explique la razón por la cual usted fue mandado aquí o que circunstancias le trajeron aquí:

_____		
-------	--	--

¿A quién debemos llamar en una emergencia?

Nombre	Relación	Teléfono

¿Tiene usted alguna necesidad especial de que nos debemos dar cuenta (por ejemplo si usted no puede oír muy bien)? \_\_\_\_\_

_____
-------

## **PROGRAMA CONTRATO**

---

Este es un contrato mutual entre Alternativas y usted. Ofrecemos nuestro tiempo y habilidades a cambio de su participación en el programa. Favor de leer, considerar e indicar su acuerdo con firmar abajo.

Estos acuerdos se aplican a cada sesión individual y a cada reunión de clase.

### **LA PUNTUALIDAD**

Estoy de acuerdo con llegar a tiempo a cada cita o clase individual. Yo entiendo que la tardanza significa interrumpir la cita o clase.

### **LA CONFIDENCIALIDAD**

Estoy de acuerdo no comentar o hablar de cualquier persona que vea o conozca en el programa con ninguna persona.

*Su confidencialidad es importante para nosotros y es protegido por la ley con excepción de dar reportes con su información a la corte con respecto a su participación, terminación o conclusión y divulgación asignada por mandato. La divulgación asignada por mandato significa que los que trabajan en Alternativas son mandados por la ley a divulgar información del abuso del niño, abuso de los ancianos, la amenaza del homicidio, la amenaza del suicidio y de la violencia física a otras personas.*

Las clases o citas pueden ser grabadas únicamente para el propósito de investigación y de supervisión y solamente con su permiso anterior.

### **ASISTENCIA Y CLASES PÉRDIDAS**

Acepto proporcionar 24 horas de aviso por cualquier sesión que necesite faltar. Si vuelvo a programar con menos de 24 horas de anticipación, se me cobrará \$25. Entiendo que incluso con 24 horas de anticipación, solo puedo reprogramar 2 veces. En la tercera reprogramación se me cobrará una tarifa de reprogramación de \$ 25. Si reprogramo una cuarta vez, mi caso puede ser devuelto a la agencia de referencia. (Corte, libertad condicional, etc.).

Comprendo que si falto más de 2 sesiones sin notificar al coordinador/ a se me puede despedir del programa.

Comprendo que si falto a una sesión y no he hecho contacto en 15 días de mi falta, mi caso puede ser devuelto a la agencia cual me refirió.

### **COBROS**

Acepto pagar las tarifas que se detallan a continuación. Acepto pagar antes de cada sesión. Si no pago en una sesión, documentaré un cambio en mi situación financiera o realizaré el pago en mi próxima sesión. Si no pago en la próxima cita después de haber quedado de acuerdo en hacerlo, esa sesión se cancelará, se cobrará una tarifa de reprogramación de \$ 25 y no se realizarán más citas hasta que esté al día con las tarifas de mi programa. Entiendo que las tarifas no son reembolsables. Cargo por cheque sin fondos \$ 25. No paga, no te quedes. Traiga cambio exacto. CAMBIO NO SERÁ DADO.

Acepto pagar un cobro inicial de admisión al programa de \$ \_\_\_\_\_, y \$ \_\_\_\_\_ por sesión de clase y \$ \_\_\_\_\_ por sesión individual.

Estoy de acuerdo en participar en \_\_\_\_\_ sesiones de grupos y en \_\_\_\_\_ sesiones individuales.

Otro \_\_\_\_\_

He leído y entiendo este acuerdo

---

**La firma del cliente**

**Fecha**

---

**La firma del testigo**

**Fecha**



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_,

Autorizo a Alternatives for Better Living a revelar a la \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o de la organización a la cual el acceso debe ser hecho)

La siguiente información (ejemplo: progreso, asistencia a los grupos, etc.)

---

---

En relación a: (ejemplo: Verificación del tratamiento y el progreso, la defensa del caso, etc.)

---

---

Entiendo que la información sobre mi tratamiento es confidencial, puedo ser protegido por las leyes del Estado y/o Federales y no deben ser divulgadas sin mi consentimiento escrito a menos que esté previsto de otra manera bajo ley o las regulaciones.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al menos que hasta el punto de que Alternatives haya tomado ya acción en confianza en ella y que en cualquier acontecimiento este consentimiento vence automáticamente según lo descrito abajo.

**Este consentimiento vencerá en el momento de ser terminado este programa**

---

(Otra fecha específica, evento o acontecimiento o la condición sobre las cuales este consentimiento vence)

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

**Firma del Participante/Cliente**

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

**Firma del Testigo**

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

**Firma del Padre, Guardián, o  
representante autorizado**

## Manteniendo su información confidencial

La información del cliente que abusa alcohol y/o drogas guardada por programas de tratamiento de abuso de substancias como Alternatives for Better Living esta protegida por la ley y las regulaciones Federales. Generalmente, Alternatives no dirá a nadie fuera del programa que una persona esta atendiendo tratamiento en nuestra agencia o dará NINGUNA información identificando a un cliente como usador de drogas u alcohol.

### A MENOS QUE:

1. El cliente (usted o su guardián) den consentimiento por escrito
2. La revelación de la información es permitida por una orden Judicial
3. La información es requerida por una emergencia medica o revisión del programa
4. La información implica ciertos crímenes contra individuos tales como asesinatos, abuso de niños, etc.

Si Alternativas viola la ley y regulaciones Federales es un crimen. Las violaciones to sospechadas se pueden reportar a las autoridades apropiadas de acuerdo con regulaciones Federales (una copia está disponible)

Las regulaciones Federales no protegen ninguna información contra la divulgación de información sobre la sospecha de abuso de niños o negligencia. (Véase 62 U.S.C. 290DD-3 Y 42 U.S.C. Para las leyes Federales y 42 C.F.R. Parte 2 para las regulaciones Federales)

He leído la información antedicha o me la han explicado.

---

**Firma del Cliente**

---

**Fecha**

---

**Firma del Testigo**

---

**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 cigarrillo.*

### **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:** \_\_\_\_\_