Yo doy fe de que he recibido una copia de LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE GEORGE JUNIOR REPUBLIC EN INDIANA y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Cliente

Firma del cliente o del representante personal Firma del Testigo

Si el cliente no puede tomar decisiones de cuidado

de salud por si mismo.

Fecha Fecha

**RECONOCIMIENTO DE METAS Y EXPECTATIVAS**

Yo doy fe de que mi trabajador a domicilio ha revisado conmigo las razones para la referencia por parte del DCS/Libertad Condicional y se ha discutido lo siguiente:

1. Normas de Cancelación y de No Presentarse
2. No presentarse en tres ocasiones se puede considerar que usted no cumplió con lo acordado y puede ser dado de baja sin éxito del programa de GJR.
3. usted será dado de alta si hay cancelaciones excesivas. Usted recibirá una advertencia si las cancelaciones se convierten en un problema y se le dará un número exacto de cancelaciones permitidas, basado en el número de días/horas que GJR trabaja con usted.
4. Expectativa de la intensidad del servicio
5. Información de Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Inquietudes acerca de la seguridad- existe alguna inquietud acerca de la seguridad en su casa (por ejemplo, armas, chinches, enfermedades transmisibles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Existe alguna consideración cultural/religiosa de la cual usted nos quiera advertir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que el DCS/Libertad Condicional espera que los siguientes objetivos generales sean abordados.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor provea las metas que usted espera cumplir.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

También entiendo que se pueden agregar objetivos más específicos para apoyar los objetivos generales enumerados anteriormente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajador a domicilio de GJR Fecha

**DERECHOS DEL CLIENTE**

Cada cliente de George Junior Republic en Indiana tiene ciertos derechos definidos por la ley. Los empleados de George Junior Republic en Indiana son responsables de asegurarse de que cada derecho del cliente sea respetado. En ningún momento se le permite a un empleado tomar acción alguna que viole los derechos del cliente y cada empleado es responsable de leer y entender la declaración de los derechos del cliente.

* Un cliente y su familia no pueden ser discriminados por motivos de raza, color, credo religioso, inhabilidad, discapacidad, ascendencia, orientación sexual, nacionalidad, edad, identidad de género o sexo.
* Un cliente tiene derecho a estar seguro, nutrido y protegido de abuso y negligencia.
* Un cliente tiene derecho a vivir en un hogar estable y solidario.
* Un cliente y su familia tienen derecho a ser tratados con justicia, dignidad y respeto.
* Un cliente y su familia tienen derecho a ser informados de las pautas y expectativas del programa.
* Un cliente y su familia tienen derecho a practicar la religión o fe que elijan, o de no practicar ninguna religión o fe.
* Un cliente tiene derecho a salud médica y de comportamiento apropiados.
* Un cliente tiene derecho a rehabilitación y tratamiento humanitario.
* Un cliente tiene derecho a un plan de tratamiento individualizado por escrito para ser desarrollado inmediatamente después de la admisión.
* Un cliente tiene derecho a estar libre de medicación excesiva.
* Un cliente no puede estar sujeto a métodos inusuales o extremos de disciplina, los cuales pueden causar daños psicológicos o físicos al niño.
* Un cliente tiene derecho a ropa apropiada de acuerdo a la estación.
* Un cliente y su familia tienen derecho a presentar una queja ante el programa *por una supuesta violación de un derecho civil o de un derecho específico*  sin temor a represalias.
* Un cliente y su familia tienen derecho a la confidencialidad de los archivos.
* Un cliente no puede ser privado de sus derechos civiles ni de sus derechos específicos.
* Los derechos del cliente no pueden ser usados como premio o como sanción.
* Un cliente y su familia tienen derecho a contactar y consultar asesores legales y profesionales privados escogidos por el cliente a sus expensas.

Nosotros hemos recibido y revisado nuestros derechos con el personal de George Junior Republic en Indiana, Inc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA DEL CLIENTE |  | FECHA |
| PADRE O GUARDIÁN (SI APLICA) |  | FECHA |

**PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS POR PARTE DEL CLIENTE**

Cada cliente y padre o guardián tiene derecho a presentar una queja sin temor a represalias. El Procedimiento de Quejas dentro de George Junior Republic en Indiana es el siguiente:

1. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, debe ser discutido primero con el personal de George Junior Republic en Indiana a cargo del cliente.
2. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el miembro del personal, entonces debe ser discutido con el supervisor directo de George Junior Republic en Indiana. El supervisor es una persona del personal administrativo y el supervisor directo del personal.
3. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el supervisor, entonces debe ser discutido con el director de Indiana.
4. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el director, entonces debe ser discutido con el Vicepresidente de Indiana.
5. Si surge un problema, pregunta o situación con respecto al tratamiento del cliente y/o la familia, y no puede ser resuelto satisfactoriamente con el Vicepresidente de George Junior Republic en Indiana, entonces debe ser discutido con el Oficial de Recursos Humanos.
6. Además, por favor tenga en cuenta que se recomienda a un cliente, joven, padre o guardián, discutir cualquier problema, pregunta, situación o preocupación acerca del Programa de George Junior Republic en Indiana con el Oficial de Probatoria o el Trabajador Social de la agencia de referencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA DEL CLIENTE |  | FECHA |
| PADRE O GUARDIÁN (SI APLICA) |  | FECHA |

**GEORGE JUNIOR REPUBLIC EN INDIANA**

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS**

1. Yo, como el cliente (el termino “yo” y “cliente” se entenderá como el paciente recibiendo los Servicios o el padre o guardián legal quien esta ejecutando este Consentimiento en beneficio del paciente), entiendo que George Junior Republic en Indiana (“GJR”) provee una variedad de servicios, tales como terapia individual, de grupo o familiar en el hogar o en la oficina, administración de casos, diagnóstico y prueba de evaluación, valoración, pruebas de drogas al azar, vida independiente así como otras intervenciones resaltadas por las fuentes de referencia. Los servicios en persona, virtuales o telefónicos se utilizarán cuando sea apropiado. Entiendo que el cliente y/o la familia del cliente recibirán servicios de forma continua como se define en el plan de tratamiento del cliente ("Servicios") y doy mi consentimiento para la prestación de los Servicios. Yo entiendo que dichos Servicios serán administrados por un trabajador de cuidado directo con un nivel apropiado como esta definido en los estándares de servicio del estado de Indiana respecto al alcance de educación, entrenamiento y experiencia.
2. Yo entiendo que la comunicación a través de las redes sociales incluye, pero no esta limitada a Facebook, correo electrónico encriptado, Skype, oovoo, MySpace, Zoom, Teams, Twitter, Duo, Google+ y mensajes de texto puede ser utilizada y que cada intento se hará para evadir, limitar y proteger la divulgación de información personal de salud. [PHI].
3. Yo entiendo que me han explicado la siguiente información antes de comenzar los Servicios:
	1. Estado del cliente que da lugar a los Servicios propuestos
	2. Servicios propuestos a prestar al cliente.
	3. Resultado esperado de tales Servicios.
	4. Riesgos materiales de tales Servicios.
	5. Alternativas razonables a los Servicios.
4. Entiendo que tengo derecho a retirar este consentimiento para los Servicios en cualquier momento notificando a GJR, por escrito o verbalmente.
5. Yo entiendo que GJR puede terminar los Servicios notificando al cliente por escrito o verbalmente, explicando las razones para la terminación, y que GJR referirá al cliente a servicios de tratamiento alternativo, si lo solicita o lo requiere.
6. Entiendo que si el cliente necesita atención o tratamiento médico de emergencia, yo doy consentimiento a GJR a obtener dicha atención o tratamiento médico. Yo entiendo que seré responsable financieramente de cualquier atención o tratamiento médico de emergencia obtenido por GJR para el cliente.
7. He tenido suficiente oportunidad de discutir la condición del cliente con un representante de GJR. Yo entiendo el potencial de beneficios del Servicio y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
8. Yo entiendo el contenido de esta forma de consentimiento. Yo entiendo que no debo firmar esta forma si todos los elementos, incluyendo mis preguntas no han sido explicados o respondidos a mi satisfacción.
9. Reconozco que tengo el conocimiento adecuado sobre el cual basar un consentimiento informado para los Servicios.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL FECHA DE LA FIRMA

(El Padre o el Guardián Legal deben firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO FECHA DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo

**FORMA DE CONFIRMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE**

George Junior Republic de Indiana (“GJR”) provee servicios de consulta en el hogar, grupos en el hogar, en la oficina, y otros servicios de consulta a los clientes de GJR. Debido a la naturaleza de los servicios de GJR, puede haber momentos en que a una persona, que no sea el padre se le haya asignado la responsabilidad de tomar decisiones de cuidados de salud para un cliente. Dicha persona puede ser un guardián, un representante de atención médica o un abogado especial, asignado por la corte u otra persona autorizada para tomar decisiones en nombre del cliente. (la“Parte Responsable”). Para garantizar que GJR se comunique y obtenga el consentimiento de la persona adecuada con respecto al cliente, esta forma notifica a GJR cuando una persona que no sea el padre se haya establecido como la Parte Responsable.

Además de completar esta forma, cuando hay una Parte Responsable, se debe presentar a GJR la documentación legal confirmando la autoridad de la Parte Responsable. Un ejemplo de este tipo de documentación legal es una copia de la orden de la corte estableciendo la tutela o representación. GJR se reserva el derecho de retener el tratamiento o la comunicación sobre el cliente a la persona, a menos que GJR reciba dicha documentación legal que respalde la autoridad de la Parte Responsable.

**Sección 1. Información del Cliente**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 2. Confirmación de la Parte Responsable**

Por favor marque la casilla que aplica:

* Yo soy el padre del cliente y actualmente no hay una Parte Responsable designada para el cliente.

*Si esta casilla es marcada, complete la Sección 3 y Sección 5.*

* Yo soy el padre, pero no tengo la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente debido a la designación de una Parte Responsable.

*Si esta casilla es marcada, complete la Sección 3, Sección 4 con información acerca de la Parte Responsable, y Sección 5.*

* Yo soy la Parte Responsable y tengo la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente debido a mi designación como (marque el circulo que aplica):
	+ Guardián designado jurídicamente
	+ Representante de atención médica
	+ Abogado especial designado por la corte
	+ Otra persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del cliente. Por favor describa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si esta casilla esta marcada, complete la Sección 4 con su información y la Sección 5.*

**Sección 3. Información del Padre**

Madre

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 4. Información de la Parte Responsable**

Nombre de la Parte Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la Casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Efectiva del Estatus como Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Terminación/Evento de Estatus como Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*También por favor provea una copia de la documentación legal confirmando la autoridad de la Parte Responsable.*

**Sección 5. Presentación de juramento y Firma**

Yo he leído y entiendo la información anterior. Al firmar esta forma, yo doy fe de que he completado esta forma a mi leal saber y entender sobre la persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones en nombre del cliente.

Nombre del Padre/Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Parte Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del personal de GJR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Solo para Uso del Personal de GJR

Han sido entregados los documentos legales respaldando a la Parte Responsable? SI / NO

Ha sido Archivada una Copia del Documento Legal en el registro del Cliente? SI / NO

**PAUTAS DE VISITAS**

**PROGRAMAS DE GEORGE JUNIOR REPUBLIC EN EL HOGAR**

El propósito de las visitas supervisadas por profesionales es asegurar que el niño este física y emocionalmente seguro para que él o ella sean libres de construir una relación positiva. Se han establecido las siguientes directrices para garantizar que se pueda cumplir este objetivo. Están dirigidos principalmente hacia el bienestar del niño pero también abordan los sentimientos y preocupaciones de la familia.

1. El personal está presente para salvaguardar el bienestar del niño; para hacer esto, el o ella debe poder observar todas las interacciones y escuchar todas las conversaciones. Si una conversación es inaudible en cualquier momento durante la visita, el personal puede pedirle al orador que suba el volumen de su voz. También es responsabilidad del personal revisar cualquier artículo personal que se le haya pasado al niño durante la visita para verificar que el artículo sea apropiado.
2. El personal está disponible para proporcionar información a los adultos visitantes sobre cómo sus palabras y acciones pueden ayudar a su hijo durante las visitas. El personal intervendrá según se considere apropiado para modelar, entrenar, explicar o ayudar con el cuidado. El personal presentará material educativo/plan de estudios al cuidador visitante para ayudar a aumentar las habilidades. Se pueden asignar tareas. Las notas de visita se mantendrán durante toda la visita, se enviarán a la fuente de referencia y estarán disponibles para su revisión con su facilitador.
3. Debido a que los comentarios negativos sobre otros miembros de la familia o las circunstancias causan estrés al niño, tales quejas no deben expresarse durante una visita. La discusión de otros temas emocionalmente sensibles que incluyen, entre otros, el divorcio, los arreglos de custodia futuros, los comentarios negativos sobre los padres de crianza y otros proveedores de servicios, los factores precipitantes para las visitas, las decisiones del equipo de tratamiento y los procedimientos judiciales. En caso de duda, el adulto debe consultar con el personal antes de la visita.
4. Los visitantes adicionales deben ser aprobados por el administrador de casos de DCS.
5. Nadie puede amenazar o hacer daño al niño o al personal de George Junior Republic en Indiana. Si esto ocurre, la visita se detendrá inmediatamente, los niños serán retirados de la habitación y se notificará a las autoridades correspondientes. George Junior Republic en Indiana no permite el uso del castigo corporal como forma de disciplina durante las visitas.
6. No se permite que los padres, cuidadores o visitantes adultos que están participando en la visita consuman alcohol y/o sustancias ilegales. Es posible que los padres, cuidadores o visitantes adultos deban someterse a una prueba de detección de drogas en orina, una prueba de detección de drogas por vía oral y/o un alcoholímetro si así lo solicitan. Negarse a hacerlo dará lugar a que esa persona no pueda participar en la visita. Si el alcoholímetro da positivo para alcohol o si alguna persona parece estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol, la visita será cancelada. No se le permite salir del espacio de visitas para fumar, ya que usted es responsable de su hijo en todo momento. Si esto ocurre y su hijo se queda sin supervisión, se cancelarán sus visitas.
7. No se permiten armas, incluidas las navajas de bolsillo, durante las visitas.
8. Todas las partes involucradas en la visita son responsables de llegar a tiempo a cada visita y de notificar al personal si van a llegar tarde o deben cancelar una visita. Si una de las partes llega 15 minutos tarde y el personal no ha sido notificado, la otra parte será enviada a casa. Debe avisar con 24 horas de anticipación de la cancelación o la visita no será reprogramada. Antes de cancelar, pregúntese: "¿Estaría cuidando a mi hijo/hija hoy si estuviera bajo mi cuidado?" Si la respuesta es "sí", entonces debe asistir a la visita. Si su personal no puede asistir a la visita, encontraremos un reemplazo o una reprogramación, pero comprenda que esto puede alterar la hora de la visita.
9. Si un cliente está transportando a su hijo durante una visita semi-supervisada, se debe proporcionar una prueba de una licencia de conducir válida y un seguro de automóvil al personal y/o a la fuente de referencia.
10. El personal debe permanecer en la misma habitación con la familia en todo momento durante una visita totalmente supervisada y el niño debe estar visible para el personal en todo momento. La fuente de referencia puede solicitar otros niveles de supervisión durante las visitas.
11. La visita es un momento para vincularse con su hijo y recibir importantes servicios de administración de casos. No se permiten teléfonos celulares ni buscapersonas durante las visitas. Una vez que ingrese a las visitas, apague/ponga en vibrador todo el equipo, a menos que se haya discutido previamente con su personal.
12. Se debe establecer un horario de visitas constante, basado en el padre, el cuidador, la fuente de referencia y el personal. Una vez que se establece un horario, se debe dar un aviso previo de una semana al personal para hacer modificaciones y proporcionar adaptaciones a cosas como horarios de trabajo conflictivos, citas médicas y otras obligaciones.
13. El padre/cuidador visitante es responsable de proporcionar pañales, toallitas húmedas, fórmula (para bebés), alimentos y bebidas (para niños pequeños). Si su hijo tiene una comida o taza favorita, es posible que también quiera dársela, pero el personal no requiere que lo haga al comienzo de los servicios. El personal puede proporcionarle estos artículos inicialmente; sin embargo, esto debe discutirse y acordarse antes de que comiencen las visitas.
14. Si está disponible, el personal proporciona a cada familia su propia sala de visitas en un lugar comunitario. Usted es responsable de limpiar los desórdenes hechos y del mantenimiento diario de este espacio.
15. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El incumplimiento de estas pautas podría resultar en la terminación anticipada de la visita. El personal se reserva el derecho de intervenir en cualquier momento durante la visita. Las intervenciones se utilizan para proteger la seguridad y el bienestar emocional de los niños y para mantener el respeto por todas las partes visitantes.

Su firma a continuación indica que ha leído y entendido estas pautas y que acepta seguirlas durante las visitas.

Padre/Cuidador o Adulto Visitante / Fecha Padre/Cuidador o Adulto Visitante / Fecha

Personal de George Junior Republic / Fecha

**CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE Y DIVULGACIÓN**

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el transporte de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (el "Cliente" [s]), por George Junior Republic en Indiana, Inc. ("GJR"), sus agentes, terapeutas, empleados y contratistas independientes (cada uno individual y colectivamente, “Representantes de GJR”).

Al firmar este Formulario, por la presente libero y acepto eximir de responsabilidad a GJR y a los Representantes de GJR de cualquier reclamo que surja o se relacione de alguna manera con el transporte de la Persona, ya sea que la Persona sea transportada hacia o desde GJR por un Representante de GJR en el momento en que el/los cliente(s) presuntamente resulta(n) lesionado(s) como resultado de la supuesta negligencia o conducta presuntamente tortuosa de dicho Representante de GJR. Entiendo y reconozco que este formulario estará vigente independientemente de la naturaleza o la gravedad de todas y cada una de las lesiones que puedan sufrir los clientes mientras o como resultado de que el cliente sea transportado por un representante de GJR.

Antes de firmar este Formulario, he tenido suficiente oportunidad de considerar y/o consultar con un abogado de forma independiente para hacer preguntas sobre el significado y la importancia de este Formulario. Entiendo y acepto todos los términos de este Formulario y reconozco que, al hacerlo, no me he basado en ninguna declaración, explicación o promesa de ningún Representante de GJR con respecto al significado, alcance o efecto de este Formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Individuo o Padre/Guardián en nombre del Individuo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Individuo o Padre/Guardián en nombre del Individuo) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma del Testigo) (Fecha)

**FORMULARIO DE LIBERACIÓN- Transporte/Actividades de Grupo**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente doy mi (Nombre del Cliente) (Fecha de Nacimiento)

consentimiento a para la participación en tareas grupales y transporte con otros jóvenes en los programas de George Junior Republic.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Cliente, Padre o Guardián) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma del Testigo) (Fecha)

El Departamento de Servicios Infantiles o Libertad Condicional Juvenil es el guardián de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y da su consentimiento para que este joven participe en grupos y/o transporte con otros jóvenes involucrados en el programa de George Junior Republic.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Padre/Guardián/Agencia de Referencia) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma del Testigo) (Fecha)

**Evaluación Inicial de los Servicios de GJR en el Hogar**

Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **1. Vida/Historia Familiar** |
| Nombre de la Madre: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Guardián/Co-padre: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Padre: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Guardián/Co-padre: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Niño: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Niño: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Niño: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Niño: | Nivel de Educación: |
| Nombre del Niño: | Nivel de Educación: |
| ¿Algún historial criminal de los miembros de la familia? \_\_\_ Si \_\_\_No Si la respuesta es Si, por favor explique: Fortalezas de la familia: |

**2. Historia de Salud**

Para todos los miembros de la familia, enumere cualquier diagnóstico de salud física o mental, discapacidades, síntomas/tratamientos actuales y medicamentos recetados:

Nombre: Diagnostico: Síntomas/tratamientos actuales: Medicamentos:

**3. Historia de Trauma** (abuso, negligencia, separación, pérdida, suicidio, homicidio, muerte, desastre natural, violencia, etc.)

Cualquier antecedente de los padres de trauma infantil? \_\_\_ Si \_\_\_No Si la respuesta es Si, por favor explique:

Cualquier historia infantil de trauma? \_\_\_ Si \_\_\_No Si la respuesta es Si, por favor explique:

Alguna otra historia de Trauma:

Cómo ha impactado el trauma en el funcionamiento de la vida?

**4. CAGE-AID (Cuestionario para evaluar consumo de drogas y alcohol):** Nombre: Nombre: Nombre

1. Alguna vez ha sentido que debe reducir su consumo de alcohol o drogas? S/N S/N S/N

2. La gente lo ha molestado al criticar su consumo de alcohol o drogas? S/N S/N S/N

3. Se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? S/N S/N S/N

4. ¿Alguna vez ha bebido o usado drogas a primera hora de la mañana S/N S/N S/N

 para calmar los nervios o para pasar una resaca (reveladora)?

**5. Otra Información Importante:**

**AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente doy consentimiento

 (Nombre)

y autorizo comunicaciones sin restricciones entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre de la agencia o persona que proporciona o recibe información)

y George Junior Republic/George Junior Republic en Indiana.

Esto incluirá la siguiente información acerca del Cliente:

1. Evaluación/diagnóstico en tratamiento/ asesoramiento 8. Plan de cuidados continuos
2. Asistencia/participación en tratamiento/asesoramiento 9. Registros de educación
3. Progreso y pronóstico en el tratamiento/asesoramiento 10. Evaluaciones
4. Comunicación Verbal 11.Informes Mensuales/Plan de Tratamiento
5. Notas de progreso 12 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Resumen de liberación/carta de terminación
7. Información relevante para facilitar la conformidad con el programa de GJR

El propósito y la necesidad de esta divulgación es (Marque todo lo que aplique. Para los archivos de SUD, la divulgación se limitará a la información que es necesaria para llevar a cabo el propósito descrito a continuación):

\_\_\_\_ Para proporcionar tratamiento continuo/cuidado continuo,

\_\_\_\_ Para obtener un seguro, un empleo o beneficios del gobierno,

\_\_\_\_ Para permitir que jueces, abogados, oficiales de probatoria/libertad condicional apoyen los objetivos del tratamiento o hagan una divulgación legal en mi nombre,

\_\_\_\_ Para coordinar los esfuerzos de tratamiento con la familia/personas interesadas,

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que:

* HIV – la información relacionada no será divulgada a través de esta Autorización.
* Si los registros del Cliente se relacionan con el diagnóstico, el tratamiento o la remisión para el tratamiento de un trastorno por uso de sustancias ("Registros SUD"), los Registros SUD del Cliente están protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario, y dichas divulgaciones deben limitarse a la información que sea necesaria para llevar a cabo el propósito declarado de la divulgación.
* Si los registros del Cliente son Registros SUD y doy mi consentimiento para la divulgación de Registros SUD utilizando una designación general, según lo autorizado por 42 CFR Parte 2, puedo solicitar y recibir una lista de entidades a las que se han divulgado mis Registros SUD bajo dicha designación general.
* Puedo revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en base a esta Autorización. Sin embargo, si la revocación es para los Registros SUD, la revocación se puede proporcionar de forma oral.
* George Junior Republic en Indiana (“GJR”) no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a mi ejecución de esta Autorización.
* La información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por HIPAA. Para registros SUD, GJR incluirá la siguiente declaración que prohíbe la divulgación no autorizada de dichos registros SUD:

“Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben divulgar más información en este registro que identifique a un paciente que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido de otro modo por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65”.

* Esta autorización expira sesenta (60) días después de ser liberado de George Junior Republic en Indiana, cuyo periodo de tiempo no  es más largo de lo necesario para cumplir el propósito para el cual se proporcionó, a menos que se fije una fecha de vencimiento diferente de la siguiente manera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente (si tiene 13 años o más) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante Personal \* Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Naturaleza de la relación entre el Representante Personal y el Cliente, donde sea aplicable

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo

**PREGUNTAS & RESPUESTAS SOBRE EL DOCUMENTO INICIAL**

**Consentimiento:**

1. Que son“Alternativas Razonables a los Servicios”
	* Terapia y tratamientos del centro local de salud mental
	* Grupos de apoyo comunitario
	* Asesoramiento en seguros privados
	* Visitas supervisadas de pago privado
	* Programas de tutoría basados en la comunidad
	* Tratamiento basado en medicamentos a través de psiquíatras y médicos de atención primaria
2. Cuales son los riesgos de tales Servicios?
	* Síntomas fisiológicos y emocionales negativos
	* Conflicto interpersonal
	* Cambios en el comportamiento

**Formulario de la Parte Responsable:**

1. Cuando se requiere esto?
* Cuando no esta seguro de quien es la Parte Responsable. Usualmente sería el padre pero puede ser DCS.