



## County of Santa Cruz



### HEALTH SERVICES AGENCY

Behavioral Health Division

Substance Use Department

1400 Emeline Ave. Building K, Santa Cruz, CA 95060

Phone: (831) 454-7519 Fax: (831) 454-4770

### ACUERDO DE ADMISIÓN

#### LOS SERVICIOS INCLUYEN:

Los Servicios para el Tratamiento del uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz actualmente ofrecen dos programas.

- Servicio de Tratamiento Fuera del Hospital
- Servicios de Apoyo para la Recuperación

Los siguientes servicios están disponibles para el nivel de atención de tratamiento fuera del hospital. La frecuencia de los servicios variará según la necesidad clínica. El asesoramiento individual y grupal está limitado a 9 horas por semana.

- Evaluación y Referencia
- Consejería individual
- Consejería grupal (puede especificar grupos)
- Educación para el paciente
- Terapia familiar
- Servicios de intervención en crisis (según sea necesario)
- Servicios de alta
- Coordinación de atención

Los siguientes servicios están disponibles para nuestro programa de Servicios de Apoyo para la Recuperación.

- Evaluación
- Coordinación de atención
- Consejería (individual y grupal)
- Terapia familiar
- Monitoreo de recuperación, que incluye entrenamiento y monitoreo de recuperación.
- Educación sobre reducción de daños y prevención de recaídas, que incluye intervenciones diseñadas para enseñar cómo anticipar y afrontar los posibles desencadenantes del consumo de sustancias y aumentar la seguridad mediante habilidades de afrontamiento de la salud.

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

### **DIRECCIÓN DE SERVICIO**

1400 Emeline Ave. Bldg. K Santa Cruz CA 95060

### **DISPOSICIONES DE PAGO:**

El tratamiento está financiado por Medi-Cal. Se requiere Medi-Cal activo o una fuente de financiamiento secundaria aprobada para mantener el tratamiento. La pérdida de fondos podría resultar en la terminación de los servicios y la derivación a otro programa.

### **POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS:**

La filosofía de nuestro programa está centrada en el cliente y nuestra misión es apoyar sus objetivos de tratamiento.

Si no cumple con los objetivos de su tratamiento autodirigido de abstinencia o reducción de daños, nuestra política es programar una sesión de tratamiento con usted para analizar sus necesidades de tratamiento y revisar su WRAP (plan de acción de recuperación del bienestar). Esto puede incluir revisar su WRAP, aumentar el apoyo al tratamiento y/o realizar una reevaluación de ASAM y derivación a un nivel superior de atención si está clínicamente indicado.

El uso de sustancias no resultará en la baja automática a menos que su uso de sustancias afecte directamente a otros miembros del programa y/o esté asociado con comportamientos violentos; consulte los motivos de terminación a continuación.

### **INTERVENCIÓN(ES) PARA ATENDER SERVICIOS BAJO LA INFLUENCIA**

Si usted asiste a servicios de tratamiento bajo los efectos de sustancias, podrán ocurrir una o más de las siguientes intervenciones:

- Si asiste a servicios de tratamiento grupal bajo la influencia, se le puede pedir que abandone el grupo y/o se reúna con un consejero individualmente.
- Es posible que le pidan que de vaya del edificio.
- Si existe riesgo de conducir bajo los efectos del alcohol, el personal de tratamiento intervendrá y organizará el transporte para usted.
- Si mientras se encuentra bajo la influencia de sustancias, usted representa una amenaza inmediata a su salud o seguridad, o se notificará a las autoridades.
- Su proveedor puede completar una reevaluación ASAM de sus necesidades de tratamiento y derivarlo a un nivel de atención más alto si está clínicamente indicado.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ ID del Cliente #: \_\_\_\_\_

**LO SIGUIENTE PUEDE RESULTAR EN UNA ADVERTENCIA VERBAL O ESCRITA O EN LA TERMINACIÓN DEL PROGRAMA:**

Las advertencias o la terminación pueden ocurrir a discreción de su proveedor según su criterio clínico. Si se produce la rescisión, se emitirá un Aviso de determinación adversa de beneficios (NOABD) según los requisitos del DHCS.

- Comportamiento perturbador
- Abuso Verbal
- No cumplir con los requisitos del programa.
- Posesión de drogas o bebidas alcohólicas en el establecimiento; Todas las personas tienen prohibido traficar o consumir drogas/alcohol dentro o alrededor de las instalaciones.

**VIOLACIONES QUE RESULTARÁN EN LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO:**

Reconozco que las siguientes violaciones resultarán en la **terminación inmediata** del programa y en la notificación a las autoridades.

- Cualquier forma de violencia física o destrucción de propiedad.
- Amenazas de violencia.
- Traer cualquier tipo de arma al local.

**Al firmar, reconozco que he leído la información anterior, fui orientado sobre las funciones y requisitos del programa dentro de las 72 horas posteriores a la admisión, ofrecí una copia de este formulario, acepto los servicios y acepto comprometerme con las responsabilidades enumeradas anteriormente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.**

- Me han proporcionado una copia de este Acuerdo de Admisión\_\_\_\_\_ (inicial)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Tratamiento

\_\_\_\_\_  
Fecha