

Medicaid No.

DOB:

Client: _____ :

RECORD NO. _____

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ACUERDO

1. Yo entiendo mi diagnostico y he participado en hacer un plan de servicio, incluyendo mis metas, que respondan a mis necesidades y preferencias. Yo he hecho preguntas sobre mi plan de servicio y comprendo que siempre se puede hacer más preguntas para que yo entiendo lo que mi terapeuta y / o el médico ha recomendado.
2. Yo entiendo que, para realmente sentirme mejor y ver cambios en mi vida, voy a necesitar trabajar en las cosas que he aprendido en la terapia entre las sesiones.
3. Yo (y / o mi persona legalmente responsable) he sido recordado de mis responsabilidades de mi pago. Yo estoy de acuerdo en proporcionar información de mi seguro y firmar "Acuerdos Financieros" según sea necesario.
4. Si yo no estoy satisfecho o descontento con los servicios que estoy recibiendo de Daymark Recovery Services, Inc., yo sé que tengo el derecho de quejarme con mi terapeuta, con cualquier supervisor, el director del centro, Director de Prácticas o miembro de la dirección superior sobre cualquier cosa que no este satisfecho.
5. Yo entiendo que para sentirme mejor, pueda que me sienta peor por un período corto de tiempo.
6. Yo entiendo los beneficios de la terapia y / o medicamento pueden incluir: comprenderme mejor a mí mismo, poder llevarme mejor con mi familia, amigos y compañeros de trabajo; sentirme mejor acerca de mi vida, mis relaciones, y / o mi trabajo.
7. Yo entiendo que todos somos diferentes y nadie me ha prometido que voy a tener todos estos beneficios, incluso si hago todo lo que mi terapeuta y el médico recomienda.
8. Yo entiendo que es importante respetar la confidencial de otras personas que conozco o ver en el centro. Yo estoy de acuerdo en que no voy a hablar de otras personas que pueda ver o escuchar lo que otras personas hablan.
9. Daymark proporciona un programa de recuperación de orientación familiar, que pueda mejorar los beneficios de los servicios. Por lo tanto, mi familia disponible/amigo y/o la persona legalmente responsable va ser aconsejada a participar de forma regular, como lo sea apropiado. Sin embargo, es mi opcion en cuanto a quién este involucrado en mi tratamiento a menos que requerido legalmente.
10. Daymark Recovery Services no ofrece opiniones de expertos para evaluaciones de custodia, evaluaciones parentales, evaluaciones físicas o de aptitud para cualquier tipo de trabajo o de discapacidad. En el caso de que nuestros empleados o contratistas están ordenados a declarar ante el tribunal en su nombre, podrán cobrarle el costo a usted por el tiempo que el miembro del personal falto del trabajo para testificar en su nombre. El cobro podrá incluir el tiempo de preparación del tribunal, el tiempo de conducción, tiempo de espera y el tiempo de testimonio.
11. Yo entiendo que si estoy en libertad condicional o involucrado en sistema legal, mi consejero de la corte, oficial de mi libertad condicional o abogado pueden obtener información sobre mi tratamiento que ambos estatales y federales de confidencialidad. Yo tengo el derecho de rechazar que ellos obtengan mi información; sin embargo, yo entiendo que una orden judicial puede obtener que exige la liberación de información. Esta información podria uncluir la asistencia, responder al tratamiento, resultados de las pruebas de droga, y otros aspectos de mi tratamiento. Intercambio de esta información podria incluir que yo tenga que regresar a la corte y ser enfrentado a nuevas sanciones y de incumplimiento si yo no estoy siguiendo las recomendaciones del tratamiento.
12. Si yo no sigo con lo que mi terapeuta y/o el medico recomienda, yo entiendo que mis servicios actuales y futuros pueden ser reducidos, cambiados o terminados. Ejemplos de no seguir esto puede incluir: no venir a mis citas, no tomar los medicamentos según las indicaciones, no trabajando en mis problemas fuera de la terapia; no cooperando con la persona del centro que están tratando de ayudarme, y/o incumplimiento del acuerdo con las obligaciones financieras.
13. Yo entiendo que si estoy tomando medicamentos (recetadas por Daymark), yo tengo que tomamelas exactamente sean las indicaciones y que debo informar de cualquier problema con los medicamentos al médico. Si tengo un problema con mis medicamentos después de las horas de oficina regulares, sé que puedo contactar a **Emergencia de Daymark de Intervención** al 1-866-275-9552. Yo voy a recibir una respuesta inmediata con la debida atención a mi problema. Este servicio esta disponible todo el tiempo, 24/7/365. Tambien, yo puedo ir al servicio de emergencia.
14. Si estoy en tratamiento de abuso de sustancia, voy a mantener la abstinencia 7 días a la semana, 24 horas por día del alcohol y/o estado de ánimo de otras drogas que alteran (except los medicamentos que estoy tomando recetadas bajo la supervisión de un médico), mientras que soy un cliente aquí. Yo entiendo que es **muy importante** informar de todos los medicamentos recetados por otros médicos a mi médico de Daymark. Si tengo alguna dificultad para mantenerme abstinentes, estoy de acuerdo a discutir esto con mi terapeuta.
15. Yo entiendo que si mi terapeuta y/o el médico cree que pueda tener un problema de abuso de sustancias, que debere ir a una evaluación de abuso de sustancias (que puede incluir una pueba de orina de drogas) y tal vez un tratamiento de abuso de sustancias.
16. Si estoy en tratamiento por abuso de sustancias voy a aprender sobre las sustancias y cómo afectan a mi familia y a mi. Voy a aprender sobre el proceso de recuperación y lo que voy a necesitar para no tener problemas como consecuencia de mi uso.
17. Si DWI, me ha informado de otras agencias en este área que también ofrecen servicios de DWI y he elegido a Daymark como mi proveedor.
18. Estoy de acuerdo con las pruebas de drogas (es decir, análisis de orina y/o análisis del aliento). Los resultados de los cuales será discutido con mi terapeuta.
19. Si estoy en tratamiento por abuso de sustancias, voy a aceptar participar en un grupo de apoyo (es decir, NA, AA, ALANON o grupo de apoyo de otros) según lo acordado con mi terapeuta.
20. Yo entiendo que Daymark no niega o suspende servicios a cualquier consumidor, solo en circunstancias que la opcion sea del consumidor a suspender o interrumpir los servicios o el tratamiento del consumidor pueda poner en peligro la seguridad y/o el bienestar de los consumidores, ni otras agencias.
21. Tengo entendido que no se permiten telefonos celulares dentro de la vista en las areas de tratamiento y debe permanecer en el monedero o bolsillo en todo momento. Si estoy esperando una llamada de emergencia, entiendo que tengo que poner mi telefono en vibrador. Estan prohibidos todos los dispositivos de grabacion de audio/video y entiendo que es para proteger la confidencialidad de todos los clientes de Daymark.

Yo he leído y entiendo el acuerdo anterior. Yo entiendo que el éxito del tratamiento depende del cumplimiento de mi contrato con el plan del tratamiento. El incumplimiento de este acuerdo dará lugar a la reevaluación del tratamiento y es posible referencia a otros servicios.

Yo entiendo que puede llamar o ir al centro durante el horario normal si tengo una situación de emergencia. Yo entiendo que puedo llamar a Crisis de Emergencia de Daymark de Intervención en cualquier momento, 24/7/365 al (1-866-275-9552), si tengo una salud mental o abuso de situación de emergencia. Esto incluye toda la ayuda, los servicios y tratamientos necesarios para atenderme y establecerme en cualquier situación. Este servicio incluye el tratamiento cara a cara en el hogar o otro lugar seguro.

Client Signature	Date	Therapist's / Credentials	Date
Legally Responsible Person Signature (if applicable)	Date	Collateral's Signature (if applicable)	Date