**MUY IMPORTANTE !!**

**BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA ESTÁ USTED PARA CONDUCIR SU PROPIO VEHÍCULO.**

**PEDIMOS DISCULPAS POR CUALQUIER INCONVENIENTE, PERO PARA FINES DE SEGUIDAD, NO PODEMOS TENER VEHÍCULOS EN ESTA PROPIEDAD.**

**GRACIAS.**

**DUI EDUCATION CENTERS**

Historia Personal

La respuesta a estas preguntas será estrictamente confidencial.

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

 **Apellido Nombre Segundo**

**Fecha de nacimiento:\_\_\_ / \_\_ / \_\_ Sexo: Mujer\_\_\_ Hombre\_\_\_\_ Num. SS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cuidad Estado Codigo Postal Num. de Telefono**

**Nombre/ Direccion/Num. de Telefono de Contacto de Emergencia:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Abogado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene una licencia de conducir válida? Si( ) No ( ) Emitido por el estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Licencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cómo te enteraste de nosotros? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuántas veces has sido arrestado por DUI?:\_\_\_ Fecha(s) Aproximada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Estabas cargado con un DUI ( ) Has sido sentenciado? Si( )No ( ) Fecha de corte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Peligro imprudente / Conducción ( ) Has sido sentenciado? Si ( )No( ) Fecha De corte :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Última fecha de corte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Próxima cita en la corte:\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está acusado de DUI ( ) imprudente Peligro o conducción. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Fuiste arrestado en Murfreesboro / Smyrna? (Círculo uno)**

**¿Fuiste arrestado en el condado de Rutherford?:\_\_\_\_\_\_Si no, ¿en qué condado?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fue sentenciado a completar sus días consecutivamente? Sí ( ) No ( ) ¿Si no tiene una orden**

**firmada por el juez para otras formas alternativas para que complete su tiempo en el DEC? Si ( ) No ( )**

**Nombre del Juez (Si se Desconoce, Dejar en Blanco):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Agente de libertad condicional (Si se Desconoce, Dejar en Blanco):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Algún crédito por el tiempo cumplido? Si es así, ¿cuántas horas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Puede proporcionar documentación con tiempo de servicio de crédito? Si ( ) No( )**

# DUI EDUCATION CENTERS

**HISTORIA DE CENTROS MEDICOS**

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

Dirreccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de Pólizsa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Grupo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor responda todas las preguntas encerrando Sí (S) o No (N). Si su respuesta es afirmativa, proporcione más detalles al final de la página. Incluya también si su ID de condición está bien o mal controlada.**

1. ¿Estás enfermo ahora ?............................................................................................................ S N

2. ¿Ha sido lesionado recientemente o ha sido tratado por una lesión?..................................... S N

3. Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. S N

4. ¿Está bajo el cuidado de un médico por un problema particular?.......................................... S N

5. ¿Alguna vez ha tenido enfermedades graves, operaciones u hospitalizaciones?................... S N

6. ¿TIENE O HA TENIDO:

1. ¿Cardiopatía Congénita?.................................................................................. S N
2. Enfermedad cardiovascular? ( Ataque Cardíaco, Problemas Cardíacos,

 Soplo Cardíaco, Arteria Coronaria, Angina, Presión Arterial Alta, Derrame

Cerebral, Palpitaciones, Cirugía Cardíaca, Marcapasos )………………….. S N

1. Enfermedad Pulmonar? ( Asma, Anfisema, Tos Crónica, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, Falta de Aliento, Dolor de Pecho, Tos Severa )….. S N
2. Convulsiones, Epilepsia, Desmayos o Mareos?............................................... S N
3. Trastorno de Sangrado, Anemia, Tendencia al Sangrado?.............................. S N
4. Enfermedad del Higado? (Ictericia, Hepatitis )……………………………… S N
5. Enfermedad del Riñon?.................................................................................... S N
6. Problemas Digestivos?( Colitis Ulcerativa, Enfermedad de Crohn,

Reflujo Acido, Ulceras, Intestino Irritable )…………………………………. S N

1. Diabetes?.......................................................................................................... S N
2. Enfermedad de Tiroides?................................................................................. S N
3. Artritis?............................................................................................................ S N
4. Problemas Oculares?........................................................................................ S N
5. Problemas Dentales?........................................................................................ S N
6. Problemas de Oído, Nariz o de Garganta?( Dificultad para Oír, Zumbidos en los Oídos, Mareos, Problemas de Sinusitis, Apnea del Sueño ) …………………………………… S N
7. Alguna Enfermedad Contagiosa?( Sarna, Piojos de la abeza o del Cuerpo, Impétigo, Culebrilla, Herpes, Enfermedad Venérea )…………………………………. S N
8. Cualquier Enfermedad, Medicamento oTtrasplante que haya deprimido su

Inmunidad………………………………………………………………… S N

Por favor, proporcione una explicación adicional a todas las respuestas SÍ a continuación:

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

 Inicial del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor liste todos los medicamentos actuales aquí. Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y todos los que sean necesarios (como inhaladores, epipens, etc.). \*\*\* Tenga en cuenta que si necesita un medicamento inyectable, como la insulina, se le pedirá que traiga su propio contenedor de objetos punzantes y deberá llevar ese contenedor de objetos punzantes con usted en el momento del alta.\*\*\*\*

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

Por favor enumere todas las alergias a los medicamentos y alimentos. Por favor liste las reacciones. (Si el paciente tiene una reacción anafiláctica a alguna sustancia, se le exige que lleve un epi-pen actualizado a la instalación durante su estadía).

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

Usas drogas o alcohol regularmente? Si es así, indique los detalles de las sustancias utilizadas, la frecuencia y la cantidad de uso y la fecha de uso más reciente.

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

¿Ha sido tratado por abuso de sustancias en el pasado? Si es así, ¿dónde, cuándo y por cuánto tiempo?

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

¿Estás actualmente deprimido?............................................................................... S N

¿Tienes pensamientos de lastimarte o lastimar a otros?.......................................... S N

¿Tienes un plan para lastimarte o lastimar a otros?................................................. S N

 Inicial del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tengo iniciales en cada página y firmo a continuación que atestigua que he completado este documento con honestidad y precisión.

Frima del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se complete:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para uso exclusivo del personal

Formulario de Salud Revisado Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Revisión del Formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revisión adicional necesaria por el director médico:: **SI NO**

Revisión del Director Médico y Notas:

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

DUI EDUCATIONS CENTERS DAILY RULES

1. Todos los reuniones de residentes son obligatorias. Los horarios de las reuniones se anuncian con al menos 15 minutos de antelación. A cualquier persona que no esté en el aula a la hora programada se le pedirá que abandone la dacility inmediatamente. No se darán reembolsos, y el residente no recibirá ningún crédito por el tiempo cumplido. **Inicial \_\_\_\_\_**
2. Se requiere que todos los residentes lleguen a su hora de registro establecida / programada. Cualquier residente que necesite cambiar su horario de check-in debe notificar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación. Si un residente llega más tarde de la hora establecida para el check-in (en el formulario "Qué llevar" y "Factura"), se le puede solicitar que espere en la oficina hasta que la apertura esté disponible, y su check-out se ajustará a Reflecvt ACTUAL check-in time. **Inicial \_\_\_\_\_**
3. Todos los residentes deben ducharse una vez cada 24 horas durante su estadía en nuestras instalaciones. . **Inicial \_\_\_\_\_**
4. Se deben usar zapatos en todo momento cuando afuera: **Inicial \_\_\_\_\_\_**

a*. Damas:* No pantalones cortos cortos y tops. Las camisas deben tocar la parte superior de lospantalones. **Inicial \_\_\_\_\_\_**

b. *Chicos:* deben usar camisas cuando estén afuera. **Inicial\_\_\_\_\_**

1. Se permite fumar afuera solo en las áreas designadas. Se le pedirá a todo el mundo que fume fumando en el interior (esto incluye el vapeo). El juez / oficial de libertad condicional será notificado. **Inicial\_\_\_\_\_**
2. Absolutamente ninguna comunicación entre hombres y mujeres espera al asistir a la clase de DUI. **Inicial\_\_\_\_\_**
3. Todos deben estar adentro a las 10 PM. La única excepción es que si un cliente experimenta una emergencia, en ese caso, la oficina debe ser notificada por intercomunicador antes de venir a la oficina. Cualquier cliente que se encuentre afuera entre las 10 p.m. y las 7 am se le pedirá que se vaya de forma permanente. **Inicial\_\_\_\_\_**
4. Las luces, la televisión y los teléfonos celulares deben ser de 11 pm. CUALQUIER teléfono celular que no se apague después de las 11 pm hará que se le pida al dueño que abandone la propiedad. Los audífonos deben usarse para dispositivos electrónicos después de las 11 pm, si no se le pedirá que abandone la propiedad. **Inicial\_\_\_\_\_**
5. Absolutamente ninguna pornografía, en cualquier forma, debe ser vista en esta propiedad. **Inicial\_\_\_\_\_**
6. Absolutamente ninguna descarga de cualquier material ilegal en línea. A cualquier cliente que se encuentre descargando cualquier material ilegal se le pedirá que se vaya de forma permanente. **Inicial\_\_\_\_\_**
7. No cambiar las literas sin avisar primero al personal. **Inicial\_\_\_\_\_**
8. Las actitudes pobres / irrespetuosas hacia el personal u otros residentes no podrán tolerar. A cualquier residente que exhiba tal comportamiento se le pedirá que se vaya.. **Inicial\_\_\_\_\_**
9. Todos los residentes deben participar en la limpieza obligatoria de las habitaciones y el área de recreación cada mañana de 7AM a 8AM. **Inicial\_\_\_\_\_**
10. Las visitas son los domingos de 1 a 3 p. M. En el aula principal solamente. La visitación está supeditada a la aprobación SOLAMENTE. Los residentes no deben tener contacto con ningún visitante. **Inicial\_\_\_\_\_**
11. Los clientes pueden caminar afuera en áreas designadas. No caminar detrás de los edificios. **Inicial\_\_\_\_\_**
12. El medicamento se dispensa aproximadamente a las 9 a.m. a 5 p.m. Los residentes deben tomar cualquier medicamento que se necesite entre ellos y tomar el medicamento a su hora. Si se produce una fusión y se necesita medicación, se debe contactar al personal de inmediato y se administrará la medicación. **Inicial \_\_\_\_\_**
13. Realizamos búsquedas aleatorias de habitaciones y pertenencias. A cualquier cliente que posea contrabando se le pedirá que se vaya permanentemente. toda la medicación debe ser entregada en la oficina al llegar. **Inicial \_\_\_\_\_**
14. En el día de salida programado (durante la limpieza matutina obligatoria), los residentes deben lavarse, colocar el día y los alimentos proporcionados, y regresar a la oficina. Si el residente no cumple, él / ella no recibirá su certificado de finalización del Centro de Educación DUI. **Inicial \_\_\_\_\_**
15. Si se solicita al cliente que se retire por incumplimiento de estas reglas, no se otorgará ningún reembolso y se me notificará a las autoridades correspondientes. **Inicial \_\_\_\_\_**
16. Debe respetar la confidencialidad y los artículos personales de todos los demás residentes. No se permiten fotos de los residentes. Si se toma una fotografía de algún residente, se le pedirá que se vaya. Cada persona está aquí para hacer su tiempo con confianza, por favor respétr eso. **Inicial \_\_\_\_\_**
17. Por la presente entiendo que si me declaro culpable de un DUI por primera, segunda, tercera o más ofensas, el Código Anotado de Tennessee requiere que mi sentencia se cumpla en días consecutivos. Si deseo dividir mis días En última instancia, no les sirvo de manera consecutiva, es posible que el tribunal no acepte mi tiempo en los Centros de Educación de DUI y se perderá el dinero pagado. **Inicial \_\_\_\_\_**
18. Si está cumpliendo con una ofensa de primer grado, segunda, tercera o más de DUI, le recomendamos encarecidamente que cumpla su tiempo consecutivamente. **Inicial \_\_\_\_\_**

**OTRAS REGLAS**

1. Una vez que se paga su tarifa, se convierte en no reembolsable, sin excepciones. **Inicial \_\_\_\_\_**
2. Los residentes solo podrán abandonar la propiedad en tres casos; 1) Muerte de un familiar inmediato; 2) por orden del médico o enfermedad extrema; 3) Fecha de la corte o visita del oficial de libertad condicional (documentación requerida para todos).

**Inicial \_\_\_\_\_.**

* 1. En el caso de una salida debido a la muerte, uno no debe regresar por un mínimo de 24 horas y un máximo de 7 días, de lo contrario se perderá todo el dinero. El tiempo será acordado y autorizado por el personal de la oficina .  **Inicial \_\_\_\_\_**
1. A los clientes potenciales se les permite una (1) cancelación / reprogramación. En caso de que necesite cancelar o reprogramar, exigimos AL MENOS siete (7) días de notificación, el cliente perderá todas las tarifas pagadas a los Centros de Educación DUI. **Inicial \_\_\_\_\_**
2. Los clientes deberán coordinar el transporte hacia y desde nuestras instalaciones. Bajo ninguna condición se permite a un cliente conducir por sí mismo aquí. **Inicial \_\_\_\_\_**
3. Cualquier persona que intente controlar quién parece estar bajo la afluencia de alcohol o drogas será denegada. Dicha persona perderá todas las tarifas pagadas al Centro y no se le permitirá regresar**. Inicial \_\_\_\_\_**
4. Entendemos que algunos clientes no pueden cumplir su tiempo de manera consecutiva, y no haremos todo lo posible por satisfacer. Los días de servicio que no son consecutivos, sin embargo, son más costosos, y cuanto más tiempo el cliente puede atender consecutivamente, menos costosos. **Inicial \_\_\_\_\_**
	1. Si una persona decide cumplir un plazo de servicio antes de ser ordenado por el tribunal, debe elegir la cantidad de tiempo que debe cumplir y no se le permitirá abandonar la propiedad hasta que se complete ese tiempo. Si decides irte, perderás todo el dinero. **Inicial \_\_\_\_\_**
5. Nos esforzamos por mantener un ambiente seguro y cómodo para todos los residentes. Las actitudes pobres e irrespetuosas no serán toleradas. Si se le pide a un cliente que se vaya debido a una actitud pobre o irrespetuosa, no se harán reembolsos. **Inicial \_\_\_\_\_**
6. Al momento del registro, los clientes deben poner toda la ropa (incluyendo lo que usted usa) y las toallas en la secadora durante 30 minutos a fuego alto, así que haga las maletas en consecuencia. **Inicial \_\_\_\_\_**
7. Todos los medicamentos deben ser entregados al personal al momento del check-in. Cualquier medicamento que se encuentre en el cliente que no esté autorizado causará la cancelación de la estadía aquí. **Inicial \_\_\_\_\_**
8. Todas las pertenencias deben ser traídas en las bolsas de basura y / o bolsas Ziploc. Bajo ninguna circunstancia los residentes pueden traer equipaje, carteras, bolsas de cosméticos, fundas para computadoras portátiles, etc**. Inicial \_\_\_\_\_**
9. Todos los alimentos deben estar etiquetados con el nombre de la persona a la que pertenecen, los alimentos que se dejen sin etiquetar se tirarán durante la inspección. **Inicial \_\_\_\_\_**
10. Soy responsable de tomar mi propio medicamento por orden del médico y no seré responsable de los Centros de Educación DUI en caso de alguna enfermedad. **Inicial \_\_\_\_\_**
11. Todos los medicamentos que se traigan a la instalación deben estar al día y en el frasco de receta original con su nombre y fecha de nacimiento. **Inicial \_\_\_\_\_**
12. Cualquier paciente que requiera un medicamento inyectable debe traer su propio contenedor de objetos punzantes etiquetado con su nombre. Ellos son responsables de tomar el contenedor y desecharlo adecuadamente cuando son dados de alta de la instalación. **Inicial \_\_\_\_\_**

**Entiendo y cumpliré con TODAS las reglas. También entiendo que debo infringir cualquiera de estas reglas, mi estadía aquí se cancelará y no recibiré ningún reembolso.**

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

**Imprimir Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DUI EDUCATION CENTERS**

**Nombre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Feacha :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI NO**

**1. Sientes que eres un bebedor normal?(por normalidad queremos decir que usted \_\_\_ \_\_\_**

 **bebe menos o tanto como la mayoria de las ortas personas.)**

**2. Te has despertado despierto la manana despues de beber algo en la noche \_\_\_ \_\_\_**

 **anterior y has descubierto que no podias recorder una parte de esa noche ?**

**3. Su esposa/o, padre o otro pariente cercano se preocupan o se quejan de \_\_\_ \_\_\_**

 **su consumo de alcohol?**

**4. Puedes dejar de destintar sin luchar despues de una o dos copas? \_\_\_ \_\_\_**

**5. Alguna vez te sientes culpable por beber? \_\_\_ \_\_\_**

**6. Los amigos o familiars creen que eres un bebedor normal? \_\_\_ \_\_\_**

**7. Eres capaz de dejar de beber cuando quieres? \_\_\_ \_\_\_**

**8. Alguna vez has asistido a una reunion de alcohol anonimo? \_\_\_ \_\_\_**

**9. Alguna vez te has metido en peleas fisicas al beber? \_\_\_ \_\_\_**

**10. El consumo de alcohol ha creado problemas etre usted y su esposa/o , \_\_\_ \_\_\_**

 **padre o otro familiar cercano? Metio en peleas fisicas cuando bebes?**

**11. Alguna vez su esposa/o, padre o otro pariente ha acuduo a alguien en busa \_\_\_ \_\_\_**

 **de ayuda para beber?**

**12. Alguna vez has perdido amigos, novia/o por beber? \_\_\_ \_\_\_**

**13. Alguna vez has metido en problemas en el trabajo por beber? \_\_\_ \_\_\_**

**14. Alguna vez has perdid un trabajo por beber? \_\_\_ \_\_\_**

**15. Ha decuidado alguna vez sus obligaciones, su familia, su trabajo, durante \_\_\_ \_\_\_**

 **dos o mas dias seguidos poeque estaba bebiendo?**

**16. Bebes antes del mediodia bastante o a menudo ? \_\_\_ \_\_\_**

**17. Alguna vez vez te han dicho que tienes problemas de higado? Cirrosis? \_\_\_ \_\_\_**

**18. Después de beber en exceso, ¿alguna vez ha tenido delirium tremens (DT), \_\_\_ \_\_\_**

 **agitación del servidor, escuchó voces o vio cosas que realmente no existían?**

**19. Alguna vez te has ido a alguien por ayuda sobre la bebida? \_\_\_ \_\_\_**

**20. Alguna vez has estado en un hospital por beber? \_\_\_ \_\_\_**

 **SI NO**

**21. Alguna vez ha sido paciente en un hospital psiquiatrico o en un sala de psiquiatria \_\_\_ \_\_\_**

 **de un hospital general donde beber era patre de l problema que resulto en la**

 **hospitalizacion?**

**22. Alguna vez lo han visto en una clinica psiquiatrica o de salud mental o ha acudido \_\_\_ \_\_\_**

 **a alguno medico, trabajar social o clerigo para obtener ayuda con algun**

 **problema emocinal, donde beber era parte de su problema?**

**23. Alguna vez ha sido arrestado por beber ebrio bajo la influencia \_\_\_ \_\_\_ del comportamiento alcholico?**

**24. Alguna vez ha sido arrestado, incluso por pocas horas, debido a otro \_\_\_ \_\_\_**

 **comportamiento de borrachera?**

**QUE TRAER**

CAMA: Le proporcionamos su funda de almohada, almohada, sábanas y manta. \* Bajo ninguna circunstancia puedes traer el tuyo. \*

ARTICULO

 DE ASEO: Toalla, toallita, jabón y champú.

PLATOS: Traiga sus propios platos de papel o plástico y cubiertos de plástico.

COMIDA: Haremos tu almuerzo y cena el sábado por clase. El resto del tiempo, usted es responsable de su propia comida. Este es un requisito para el check-in. Si no trae su propia comida, NO será admitido en la instalación.

MEDICACIÓN: Todos los medicamentos que se traigan al establecimiento deben estar actualizados y en el envase original con su nombre y fecha de nacimiento. Cualquier residente que requiera un medicamento inyectable debe traer su propio contenedor afilado etiquetado con su nombre. Usted será responsable de tomar el contenedor y desecharlo adecuadamente una vez que se haya descargado de la instalación.

**Al momento del registro, los Clientes deben poner toda la ropa (incluyendo lo que usted usa) y las toallas en la secadora durante 30 minutos a fuego alto, empacar en consecuencia.**

1. Empaca como si fueras a acampar.

Residentes a corto plazo: puede traer UN (1) atuendo por día y UN (1) par de pijamas. Todos los artículos se deben poner en UNA (1) bolsa de basura. Los artículos de aseo deben colocarse en bolsas Ziploc.

Residente de larga duración (7 días o más): puedes traer SIETE (7) atuendos y DOS (2) pares de pijamas. Todos los equipos se deben colocar en UNA (1) bolsa de basura a menos que se quede QUINCE (15) días o más, en el que se le permitirá DOS (2) bolsas de basura. Artículos de tocador, cosméticos, etc. pueden estar en bolsas Ziploc.

 **\* SIN EQUIPAJE, BOLSOS, MOCHILAS, BOLSAS DE GIMNASIA, BOLSAS COSMÉTICAS, CAJAS DE PORTÁTIL, ETC. \***

1. El almuerzo y la cena se ofrecerán SÓLO EL SÁBADO, sin embargo, deberá proporcionar su propia bebida o traer dinero para la máquina expendedora.
2. Ofrecemos un refrigerador grande, que incluye un congelador y un microondas. NO proporcionamos una estufa, así que asegúrese de que todos los alimentos sean aptos para microondas. La mayoría de las personas traen alimentos congelados, como cenas de televisión, etc. Puede preparar sus comidas de antemano y traerlas aquí en recipientes Tupperware para microondas.
3. Si hay una emergencia y usted se queda sin alimentos, es posible que alguien entregue a la oficina. Sin embargo, en NINGUNA circunstancia debe tener contacto con la persona mientras están aquí.

**LA VISITACIÓN ES LOS DOMINGOS DE 1PM A 3PM EN EL AULA PRINCIPAL SOLAMENTE. TODOS LOS CLIENTES DEBEN LLENAR UN FORMULARIO DE VISITA Y HACER QUE SE HAYA CONVERTIDO EN NO MÁS TARDE DE LAS 3PM EL MIÉRCOLES LA VISITACIÓN ESTÁ SUPEDITADA ÚNICAMENTE A LA APROBACIÓN.**

1. Otros artículos que podría considerar traer son tapones para los oídos, sus teléfonos celulares y un ordenador portátil (sí, tenemos Wi-Fi). CD'S, DVD'S y Book también son útiles.

Queremos que este programa funcione para todos nosotros. Tu cooperación es apreciada. Por favor, póngase en contacto con nosotros si hay alguna problemas. Estas reglas son para su seguridad.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

. **USO DE LA OFICINA SOLAMENTE** .

FECHA DE ENTRADA / HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A LAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE SALID/ HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A LAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DERECHOS DE LAS CLIENTES

1) Los siguientes derechos deben ser otorgados a todos los clientes por todos los licenciatarios y no están sujetos a medicamentos.

a) Los clientes tienen el derecho de estar completamente informados antes o después de la admisión sobre sus derechos y responsabilidades y sobre cualquier limitación de estos derechos impuesta por las reglas de la instalación. La instalación debe garantizar que el cliente reciba información de derechos orales y / o escritos que incluya en el contrato de arrendamiento lo siguiente:

1) Una declaración de los derechos específicos garantizados al cliente por estas reglas y las leyes estatales aplicables;

2) Una descripción del procedimiento de quejas de la institución;

3) Una lista de los servicios de defensa disponibles; y normativa para clientes.

4) Una copia de todas las reglas y regulaciones generales de la instalación para todos los clientes.

b) Los clientes tienen derecho a expresar sus quejas al personal de la instalación, al titular de la licencia y a los representantes externos que elijan sin libertad, restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalia;

 c) Los clientes tienen derecho a ser tratados con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad e individualidad;

d) Los clientes tienen el derecho a ser protegidos por el titular de la licencia de negligencia; del abuso físico, verbal, emocional y emocional (incluido el castigo corporal) y de todas las formas de explotación;

e) Los clientes tienen derecho a ser asistidos por la instalación en el ejercicio de sus derechos civiles;

f) Los clientes tienen el derecho de estar libres de cualquier requisito en la instalación que realicen los servicios que normalmente realiza el personal de la instalación;

g) Se debe permitir que los clientes envíen personal sin abrir y reciban correos y paquetes que pueden abrirse en presencia del personal cuando haya razones para creer que su contenido puede ser perjudicial para el cliente u otros.

2) Los siguientes derechos deben ser otorgados a todos los clientes por todos los instalaciones con licencia a menos que se modifique:

a) Los clientes tienen el derecho de participar en el desarrollo de sus planes de programas individuales y de recibir suficiente información sobre las intervenciones propuestas y alternativas y el objetivo del programa para asegurar que participen de manera efectiva;

b) Si se brindan servicios residenciales, se debe permitir a los clientes el uso gratuito de las áreas comunes en las instalaciones con el debido respeto a la privacidad, las cosas personales y el derecho de los demás.

c) Los clients tienen derecho A otorga privacidad y libertad para el uso de baños a todas horas.

3) En ningún momento el cliente podrá exigir ni ser responsable de la atención de otro cliente. En ningún momento un cliente será responsable de la supervisión de otro cliente. En ningún momento podrá un cliente acceder a información sobre ningún cliente en el centro o en uno que haya asistido anteriormente.

4) Los clientes que no hablan inglés tienen el derecho de recibir evaluaciones e instrucción en su idioma nativo o de recibir los servicios de un intérprete de la corte registrado o certificado por el estado, según lo define la Norma 42 de la Corte Suprema de Tennessee para intérpretes de la corte. D.U.I. los destinatarios del servicio que solicitan los servicios deben ser provistos e intérpretes sin costo adicional para el destinatario del servicio.

5) En el caso de que los Servicios de Protección para Adultos y / o el Estado, se deban contactar a la oficina de Salud Mental, los derechos de los clientes deben ser contactados al 1-888-277-8366.

6) Los clientes tienen el derecho de votar, comprar, vender o intercambiar bienes raíces. Los clientes también tienen derecho a ser protegidos de la negligencia; del abuso físico, verbal y emocional (incluido el castigo corporal); y de todas las formas de apropiación indebida y / o explotación.

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

Imprimir Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Procedimiento De Quejas Para Residentes**

**1. Objeto del procedimiento / Introducción**

El objetivo de los Centros de Educación de DUI es asegurar que los residentes con una relación personal puedan ser utilizados para ayudar a resolver el problema lo más rápido posible.

**2. Discusiones informales**

Si el residente tiene un reclamo sobre su estadía, debe hablarlo de manera informal con un empleado de los Centros de Educación de DUI. Esperamos que la mayoría de las preocupaciones se resuelvan de esta manera.

**3. Etapa 1 - Declaración de queja**

Si el residente considera que el asunto no se resuelve a través de una discusión informal, debe presentar su reclamo por escrito a un supervisor inmediato.

**4. Etapa 2 - La reunión de quejas**

Dentro de [1] días hábiles, el supervisor responderá por escrito a la declaración, invitando al resto a asistir a una reunión en la que se pueda discutir la supuesta queja. Esta reunión debe programarse para realizarse tan pronto como sea posible y normalmente se enviará al residente un aviso de 5 días hábiles para esta reunión y se les informará sobre este derecho a ser acompañado.

El residente debe tomar todos los pasos razonables para asistir a la reunión, pero si por alguna razón imprevista el residente o el empleador no puede asistir, la reunión debe ser reorganizada.

Después de la reunión, el superior que escucha la queja debe escribirle al residente para informarle o cualquier decisión o acción que les ofrezca el derecho de apelación. Esta carta debe enviarse dentro de [5] días hábiles de la reunión y debe incluir los detalles sobre cómo apelar.

**5. Etapa 3 – Apelación**

Si el asunto no se resuelve para satisfacción de los residentes, deben presentar sus motivos de apelación por escrito dentro de los [5] días hábiles posteriores a la recepción de la carta de decisión.

Dentro de [5] días hábiles después de recibir una carta de apelación, el residente debe recibir una invitación por escrito para asistir a una reunión de apelación. La reunión de apelación debe ser tomada por un gerente superior que no participe en la reunión original.

Después de la reunión de apelación con el gerente principal debe informar al residente por escrito o su decisión dentro de los [5] días hábiles de la reunión. Su decisión es definitive.

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

**Imprimir Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testigo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_