**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 Nombre

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

 Mes / Fecha / Año

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

. .

Cuidad Estado Codigo Postal Num. de Telefono

Correo Electronico: .

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

Abogado:

Nombre de empleado:

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

Número de Licencia:

¿Cómo se entero de nosotros? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Tiene un carga de 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:

¿Fue arrestado en Murfreesboro / Smyrna? (Círculo uno)

¿Fue 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):

Tiene aglun credito por el tiempo cumplido? Si( ) No ( ) Si es asi cuantas horas ?

 La documentacion debe ser proporcionada/ confirmada una semana antes de su estadia o no se puede usar.

 **Inicial**

**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. ¿Está enfermo ahora ?............................................................................................................ S N

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

3. Fecha de 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 o 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

 Q. Cualquier historal de enfermedad mental o episodios psicoticos ……………….. S N

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

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

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

Por favor escriba 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 de alta.\*\*\*\*

Por favor escriba todas las alergias a los medicamentos y alimentos. Por favor escriba 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 de 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 completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**\*\*Para uso Exclusivo del Personal\*\***

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

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

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

:

**DUI EDUCATION CENTER**

**Reglas Diarias**

1. Todos las 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 la clase a la hora programada se le pedirá que abandone la propiedad 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 esté disponible, y su check-out se ajustará a reflejar la hora real de registro. **Inicial \_\_\_\_\_**
3. Todos los residentes deben bañarse una vez cada 24 horas durante su estadía en nuestras instalaciones. **Inicial \_\_\_\_\_**
4. Se deben usar zapatos en todo momento cuando esté afuera: **Inicial \_\_\_\_\_\_**
	1. a*. Damas:* No pantalones cortos y tops. Las camisas deben tocar la parte superior de los pantalones.**Inicial \_\_\_\_\_\_**
	2. b. *Chicos:* deben usar camisas y zapatos cuando estén afuera. **Inicial\_\_\_\_\_**
5. Se permite fumar afuera **SOLO** en las áreas designadas.A cualquiera persona que sea sorprendida fumando/ vapeando en el interior se le pedira que se vaya. El juez / oficial de libertad condicional será notificado. Vape / Jugo de vape debe ser Nuevo y aun en el empaque **Inicial\_\_\_\_\_**
6. Absolutamente ninguna comunicación entre hombres y mujeres espera al asistir a la clase de DUI. **Inicial\_\_\_\_\_**
7. Todos deben estar adentro a las 10 P.M.. 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 A.M. se le pedirá que se vaya de forma permanente. **Inicial\_\_\_\_\_**
8. Las luces, la televisión y los teléfonos celulares deben ser de 11 P.M.. CUALQUIER teléfono celular que no se apague después de las 11 P.M.hará que se le pida al dueño que abandone la propiedad. Los audífonos deben usarse para dispositivos electrónicos después de las 11 P.M., si no se le pedirá que abandone la propiedad. **Inicial\_\_\_\_\_**
9. Absolutamente ningún tipo de pornografía, en cualquier forma, debe ser vista en esta propiedad. **Inicial\_\_\_\_\_**
10. No cambiar las literas sin avisar primero al personal. **Inicial\_\_\_\_\_**
11. Las actitudes pobres / irrespetuosas hacia el personal o otros residentes no podrán tolerar. A cualquier residente que exhiba tal comportamiento se le pedirá que se vaya.. **Inicial\_\_\_\_\_**
12. Todos los residentes deben participar en la limpieza obligatoria de las habitaciones y el área de recreación cada mañana de 7AM a 8AM. **Inicial\_\_\_\_\_**
13. Las visitas son los domingos de 1P.M.- 3 P.M. En la calse principal solamente para los clientes quien se quedan 7 dias consecutivos o mas dias. La visitación está supeditada a la aprobación **SOLAMENTE**. Los residentes no deben tener contacto con ningún visitante. **Inicial\_\_\_\_\_**
14. Los clientes pueden caminar afuera en áreas designadas. No caminar detrás de los edificios. **Inicial\_\_\_\_\_**
15. El medicamento se dispensa aproximadamente a las 9 A.M.- 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 \_\_\_\_\_**
16. 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 \_\_\_\_\_**
17. 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 \_\_\_\_\_**
18. Si se solicita al cliente que se retire por incumplimiento de estas reglas, no se otorgará ningún reembolso y se notificará a las autoridades correspondientes. **Inicial \_\_\_\_\_**
19. 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 \_\_\_\_\_**
20. 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 \_\_\_\_\_**
21. 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 la 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 de médico o enfermedad extrema; 3) Fecha de 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 \_\_\_\_\_**
3. 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 DUI EDUCATION CENTERS. **Inicial \_\_\_\_\_**
4. Los clientes deberán coordinar el transporte hacia y desde nuestras instalaciones. Bajo ningúna condición se permite a un cliente conducir por sí mismo a la propiadad . **Inicial \_\_\_\_\_**
5. Cualquier persona que intente controlar quién parece estar bajo la afluencia de alcohol o drogas será no admitida. Dicha persona perderá todas las tarifas pagadas al DUI EDUCATION CENTERS y no se le permitirá regresar**.**

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

1. Entendemos que algunos clientes no pueden cumplir su tiempo de manera consecutiva, y haremos todo lo posible para acomadarnos .. Los días de servicio que no son consecutivos, sin embargo, son más costosos, y cuanto más tiempo el cliente puede atender consecutivamente, menos costo. **Inicial \_\_\_\_\_**
2. 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 elige irse, perderá todo el dinero. **Inicial \_\_\_\_\_**
3. Nos esforzamos por mantener un ambiente seguro y cómodo para todos los residentes. Las actitudes pobres y 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 \_\_\_\_\_**
4. Al momento de registro, los clientes deben poner las toallas y toda la ropa (incluyendo lo que tenga puesto ) y en la secadora durante 30 minutos a fuego alto, así que empace de manera acordo (usted se cambiara la ropa a la mitad del tiempo). **Inicial \_\_\_\_\_**
5. 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 \_\_\_\_\_
6. Todos los medicamentos deben ser entregados al personal al momento de check-in. Cualquier medicamento que se encuentre en el cliente que no esté autorizado causará la cancelación de la estadía aquí. **Inicial \_\_\_\_\_**
7. 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 \_\_\_\_\_**
8. Soy responsable de tomar mi propio medicamento por orden del médico y no DUI EDUCATION CENTERS no sera responsible en caso de alguna enfermedad. **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.**

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

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

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

**DUI EDUCATION CENTERS**

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

**1. Siente que es un bebedor normal? (por normalidad queremos decir que usted toma menos o tanto como la**

 **mayoria de las ortas personas.) \_\_\_\_ \_\_\_\_**

**2. Alguna vez se ha despertado por la mañana después de tomar algo en la noche anterior y has descubierto que no podrias recordar una parte de esa noche ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**3. Su esposa/o o otro pariente cercano se preocupan o se quejan de su consumo del alcohol? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**4. Puede dejar de tomar sin ninguna dificulta despues de una o dos copas ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**5. Alguna vez se siente culpable por tomar? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**6. Los amigos o familiares creen que usted es un tomador normal? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**7. Usted es capaz de dejar de tomar cuando quiere? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**8. Alguna vez has asistido a una reunion de Alcoholicos Anonimos? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**9. Alguna vez se has metido en peleas fisicas al tomar ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**10. El consumo del alcohol ha creado problemas entre usted y su esposa/o, o otro familiar cercano? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**11. Alguna vez su esposa/o, o otro pariente ha acudido a alguien en busca de ayuda acerca de su forma**

 **de tomar. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**12. Alguna vez has perdido amigos, novias, o novios a causa del alcohol? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_**

**13. Alguna vez se ha metido en problemas en el trabajo debido a su forma de tomar? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**14. Alguna vez ha perdido un empleo debido a su forma de tomar? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**15. Alguna vez has descuidado de sus obligaciones, familia, trabajo, durante dos o mas dias seguidos**

 **porque estaba tomando ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**16. Toma antes del mediodia a menudo? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**17. Alguna vez le han dicho que tiene unos problemas del higado o Cirrosis? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**18. Después de tomar en exceso alguna vez ha tenido delirio tremens (DT), temblores severos,**

 **escucha voces, ve cosas que realmente no existan ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**19. Ha acudido alguna vez a alguien en busca de ayuda acerca del alcohol ? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**20. Alguna vez ha estado en un hospital por tomar? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**21. Alguna vez ha sido paciente en un hospital psiquiatrico o en un sala de psiquiatria de un hospital general donde tomar era patre del 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, trabajador social para obtener ayuda con algun problema emocinal, donde el alcohol era parte de su problema? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**23. Alguna vez ha sido arrestado por manjar bajo la influencia del alcohlo? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

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

**DERECHOS DEl CLIENTE**

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.

**Firma: Fecha:**

**Imprimir Nombre:**

**Testigo:**

**ADMINISTRACION FINANCIERA DE TODO LOS SEVIVIOS Y INSTALACIONES**

1. El titular de la licencia que reciba los fondos es propiedad del destinatario del servicio como fiedcomisario o representante del beneficiario se adherira a todos las leyes, estatales y federales, que rigen su posicion fiduciaria en relacion con el cliente. El titular de la licencia no puede tomar represalias contra un empleado, voluntario u otro persona que informe una violacion de la obligacion fiduciaria del titular de la licencia al cliente.
2. El titular de la licencia prohibira al personal, a los propietarios voluntarios que soliciten o tomen dinero prestado o propiedad de los clientes.
3. El titular de la licencia se asegurara de que todo el dinero recibido, retenido y/o desembolsado en nombre del cliente sea para el beneficio personal del cliente.
4. El titular de la licencia no puede mezclar fondos con los del cliente. El titular de la licencia debera mantener una cuenta separada en una institucion financier asegurada por el gobierno federal para el deposito y/o desembolso de los fondos del cliente.
5. El titular de la licencia debera mantener una cuenta escrita de los fondos recibidos o desembolsados en nombre del cliente. No menos de una vez al año, el titular de la licencia debera proporcionar al cliente o al representante legal del cliente un informe de todos los fondos retenidos y desembolsado en nombre del cliente.

Frima: Date:

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.

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

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

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

**QUE TRAER**

**CAMA:** Le proporcionamos su funda de almohada, sábanas y cobija .

 \* Bajo ninguna circunstancia usted **NO** puede traer sus sabanas . \*

**ARTICULOS PERSONALES :** Toallas, Cepillo de dientes, Pasta dental, Estropajo, jabón y champú.

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

**COMIDA:** Nosotros daremos almuerzo y cena los EL MARTES o EL SABADO para los que asistan a la clase de DOCE (12) horas . 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.

**Al momento del ingreso, 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. (Te cambiaras de ropa a la mitad del processo de secar)**

**a.** Empaca como si fueras a acampar.

Residentes a corto plazo: puede traer DOS (2) prendas de ropa por día yUNA (1) prenda 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 largo plazo: (7 días o más): puedes traer SIETE (7) prendas y DOS (2) prendas 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.

**\*NO EMPACQUE: MOCHILAS, BOLSAS DE GIMNASIA, BOLSAS COSMÉTICAS, CAJAS DE PORTÁTIL, MALETAS ETC. \***

**b.** El almuerzo y la cena se ofrecerán EL MARTES o EL SABADO solo para los que asistan a la clase de 12 horas , sin embargo, deberá proporcionar su propia bebida o traer dinero para la máquina expendedora.

**c.** 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.

**d.** 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

**e.** 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: am / pm

FECHA DE SALID / HORA: A LAS: am /pm

**SI NO TRAE SU PROPIA COMIDA /BEBIDAS/ ARTICULOS PERSONAL , NO SERA ADMITIDO EN LA INSTITUCION.**