



Consentimiento Para Cuidado

(Imprento el Nombre de Cliente)

Yo, _____ (Imprima Nombre de Padre/Guardián) tiene custodia legal de la persona sobredicha y por la presente autoriza a él/ella a tomar parte en el cuidado de Zarephath, S.a.

Comprendo que mientras en el cuidado, mi niño tomará parte en excursiones fuera de obra. Autorizo a mi niño a tomar parte en estas excursiones y para ser transportado por Zarephath y todos empleados de Zarephath, los agentes o los contratistas.

Yo entiendo que hay cameras que graba video y audio en las áreas más comunes en las casas de "respite" relevo que ayuda en la seguridad y protección de mi niño. Las grabaciones son guardadas internamente y son destruidos después de un corto periodo de tiempo.

Mientras cada esfuerzo será hecho para mantener un ambiente seguro, yo comprendo que un contratiempo puede suceder mientras en el cuidado. En caso de que surja una emergencia, yo por la presente autorizo a cualquier médico con licencia, técnico médico de emergencia, hospital, u otro centro médico a radiografiar; examinar; usar anestésico o realizar algún procedimiento médico o quirúrgico creído necesario para tratar o revivir cualquier herida. Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro aplicable. También autorizo mi firma para ser considerada el consentimiento para la facturación medica, sometiéndose específicamente los servicios de Medicaid (reclamos) que han proporcionado a mi niño. Yo no tendré a Zarephath ni a cualquier empleado de Zarephath, los agentes ni los contratistas del mismo responsable de la compensación.

Firma de Padre o Encargado Legal: _____

Fecha: _____

Cliente Identificador de AHCCCS: _____

Proveedor Alternativo de Seguros: _____

Medicamentos Necesitados: Yes No

Alergias a Medicamentos: _____

Otras Alergias: _____

Encargado Legal Nombre y
Números: _____

Alterne Nombres y Números: _____

Política y Procedimientos de Auto-Administración de Medicamentos

Cliente Identificador: _____



(Imprento el Nombre de Cliente)

- 1) Mientras asisten a Zarephath, los clientes pueden tomar medicamentos recetados por un médico.
 - a. Medicamentos auto recetados no se podrán tomar.
 - b. Personal siempre vigilará la auto-administración de medicamentos.
 - c. Todos clientes deben tener un "Consentimiento para Auto-Administrar Medicamentos" firmado por el padre o el guardián.
 - d. El medicamento para la auto-administración será mantenida en un contenedor cerrado con llave menos durante distribución de droga.
- 2) **Sólo medicamentos en el envase original de la farmacia serán aceptadas por el personal para la administración de cliente.**
- 3) Auto-Administración de Medicamento
 - a. El personal le indicará a clientes si no pueden pedir su medicación en el tiempo prescrito.
 - b. En caso de que medicamentos sean prescritos de una manera periódica en lugar de plazos específicos, un horario habitual para la auto-administración se establecerá en consulta con los padres del cliente.
 - c. El personal supervisara a cliente que distribuye medicina
 - i. Antes que el cliente tome el medicamento, el personal confirmara que el cliente ha preparado la dosis adecuada por prescripción.
 - d. Antes de consumir el medicamento, el cliente indicara la hora y el número de pastillas que deben tomarse, el nombre del medicamento y su propósito.
 - i. Si el cliente es incapaz de proporcionar la información, el personal le indicara al cliente y tendrá la información repetida por el cliente.
 - ii. Si el cliente no puede apropiadamente auto administrarse el medicamento, se contactara a los padres.
 - e. Personal registrará seguimiento de la auto-administración de medicamentos. Cualquier falla de cliente a tomar su medicación prescrita será registrada por el personal a cargo, y el padre / guardian será notificado de la desviación del régimen prescrito.

Consienta a la Auto-Administración de Medicina

He leído lo anterior de política y comprendo los procedimientos para la auto-administración de medicamentos para mi niño. Estoy de acuerdo en cumplir con la política y el consentimiento a agentes de Zarephath, los empleados, o los contratistas para vigilar la auto-administración de medicamentos para mi niño.

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date



Revelación de Información de Salud

(Imprento el Nombre de Cliente)

Consentimiento para el uso y divulgación de información personal de salud para el tratamiento, el pago o la asistencia médica.

Comprendo y concuerdo que Zarephath puede utilizar y revelar información personal de salud inclusive pero no limitado a dirección, nombre, historial de salud, síntomas, resultados de examen y prueba, el diagnóstico y el tratamiento para el tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica.

Comprendo que debo consentir a este uso y divulgación de información personal para recibir servicios a través de Zarephath.

Comprendo y he sido proporcionado con una copia del documento Nota de Información de las Prácticas que proporciona una descripción completa de usos y divulgaciones potenciales de mi información personal de salud. Comprendo que tengo el derecho de revisar la Nota de Información de las Prácticas antes de firmar el consentimiento.

Comprendo que Zarephath reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y enviara copia de cualquier nota revisada a la dirección que he proporcionado.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar que Zarephath restrinja como la información de salud personal es utilizada o es revelada para llevar a cavo: tratamiento fuera, operaciones de pago o asistencia médica. Comprendo aún más que Zarephath no es requerido a otorgar ninguna petición para restringir el uso ni la divulgación de información. Si, sin embargo, Zarephath acepta una restricción solicitada, la restricción es atada a Zarephath.

Concuerdo que tengo el derecho de revocar este Consentimiento por escrito, menos a la extensión que Zarephath se ha fiado de tal.

Concuerdo que estoy dando este permiso pare asegurar le Continuidad de Cuidado con el CFT.

Concuerdo que mi OK terminara cuando ya no necesitamos los servicios de Zarephath.

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date

Firma del Personal de Zarephath

Date



Consentimiento para Revelar Información de salud Protegida (PHI)

Información de salud protegida (PHI) significa información acerca de su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos dar información de su salud a personas que no estén autorizadas. Al firmar este documento, usted nos autoriza a divulgar su PHI con personas y agencias autorizadas.

Alguna pregunta? Llame a Zarephath al (480) 518-6826 Phoenix (520) 807-0651 Tucson

Quien es el Paciente

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------------------

Tengo el derecho legal de actuar por esta persona. Yo soy el Padres Guardian or Otros (especifique): _____

A quien se le puede dar el PHI?

Nombre	Relación	Numero de teléfono
--------	----------	--------------------

Cual PHI podemos compartir?

Solo compartiremos el PHI que este AUTORIZADO

Planes de tratamiento Registros de medicamentos Evaluaciones Reportes de notas/ incidente

Porque le están dando el PHI y cuando termina su AUTORIZACION

Está dando el PHI para asegurar la continuidad de cuidado con el CFT. Su AUTORIZACION terminara después de un año desde la fecha de firma.

Sus Derechos y Datos Importantes

- No tiene que compartir su información. Todavía obtendrá beneficios y tratamiento incluso si no nos dan su autorización para compartir su PHI.
- Puede negar su autorización. Debe decirnos por escrito. Envíela por correo a Zarephath, Inc., 67 S. Higley Rd. Ste. 103-261 Gilbert, AZ 85296
- Qué pasa si niega su autorización. Esto no cancelara el PHI que ya hemos compartido. Pero, no compartiremos más su PHI.
- Si compartiremos su PHI con las personas u organismos que nombro, ellos pueden compartirla con otros, si lo permite la ley.
- Tiene derecho a obtener una copia de este acuerdo firmado. Si necesita otra copia, llame a Zarephath al (480) 518-6826.
- Si usted no entiende, o tiene alguna pregunta, podemos ayudar, Llame a Zarephath al (480) 518-6826.

Firma del Representante Autorizado

Representante autorizado significa que tienes pruebas legales que puede actuar por esta persona. Un representante da las indicaciones por una persona que legalmente no puede firmar su . Si el paciente es menor de 18 años de edad, un padre o tutor debe firmar para el menor.

Firma _____

Fecha: _____

Nombre _____

Personal testigo de Zarephath: _____

Aviso para Persona que no es el Paciente

Recibirá una copia de este documento firmado. Recuerden, información de salud protegida (PHI) significa cualquier información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. Incluye datos como su dirección y fecha de nacimiento. Una definición complete de PHI esta en 45 CFR §160. 103. Esta información haya sido divulgada a usted de registros de la confidencialidad de los cuales puede estar protegida por la ley federal o estatal. Si los registros están protegidos bajo las reglamentaciones federales sobre la confidencialidad de alcohol y drogas abuso registros de pacientes (42 CFR Parte 2), O bajo ley del estado en material de confidencialidad de VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles informaciones (A.R.S. 36-664(H) usted tiene prohibido realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación este expresamente permitida por el consentimiento por escrito de las persona a quien pertenece, o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR parte 2 y A.R.S. 36-664(H). Una autorización general para la liberación del médico u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información criminal investigar o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.



Consentimiento para Revelar Información de salud Protegida (PHI)

Información de salud protegida (PHI) significa información acerca de su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos dar información de su salud a personas que no estén autorizadas. Al firmar este documento, usted nos autoriza a divulgar su PHI con personas y agencias autorizadas.

Alguna pregunta? Llame a Zarephath al (480) 518-6826 Phoenix (520) 807-0651 Tucson

Quien es el Paciente

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------------------

Tengo el derecho legal de actuar por esta persona. Yo soy el Padres Guardian or Otros (especifique): _____

A quien se le puede dar el PHI?

Nombre	Relación	Numero de teléfono
--------	----------	--------------------

Cual PHI podemos compartir?

Solo compartiremos el PHI que este AUTORIZADO

Planes de tratamiento Registros de medicamentos Evaluaciones Reportes de notas/ incidente

Porque le están dando el PHI y cuando termina su AUTORIZACION

Está dando el PHI para asegurar la continuidad de cuidado con el CFT. Su AUTORIZACION terminara después de un año desde la fecha de firma.

Sus Derechos y Datos Importantes

- No tiene que compartir su información. Todavía obtendrá beneficios y tratamiento incluso si no nos dan su autorización para compartir su PHI.
- Puede negar su autorización. Debe decirnos por escrito. Envíela por correo a Zarephath, Inc., 67 S. Higley Rd. Ste. 103-261 Gilbert, AZ 85296
- Qué pasa si niega su autorización. Esto no cancelara el PHI que ya hemos compartido. Pero, no compartiremos más su PHI.
- Si compartiremos su PHI con las personas u organismos que nombro, ellos pueden compartirla con otros, si lo permite la ley.
- Tiene derecho a obtener una copia de este acuerdo firmado. Si necesita otra copia, llame a Zarephath al (480) 518-6826.
- Si usted no entiende, o tiene alguna pregunta, podemos ayudar, Llame a Zarephath al (480) 518-6826.

Firma del Representante Autorizado

Representante autorizado significa que tienes pruebas legales que puede actuar por esta persona. Un representante da las indicaciones por una persona que legalmente no puede firmar su . Si el paciente es menor de 18 años de edad, un padre o tutor debe firmar para el menor.

Firma _____

Fecha: _____

Nombre _____

Personal testigo de Zarephath: _____

Aviso para Persona que no es el Paciente

Recibirá una copia de este documento firmado. Recuerden, información de salud protegida (PHI) significa cualquier información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. Incluye datos como su dirección y fecha de nacimiento. Una definición complete de PHI esta en 45 CFR §160. 103. Esta información haya sido divulgada a usted de registros de la confidencialidad de los cuales puede estar protegida por la ley federal o estatal. Si los registros están protegidos bajo las reglamentaciones federales sobre la confidencialidad de alcohol y drogas abuso registros de pacientes (42 CFR Parte 2), O bajo ley del estado en material de confidencialidad de VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles informaciones (A.R.S. 36-664(H) usted tiene prohibido realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación este expresamente permitida por el consentimiento por escrito de las persona a quien pertenece, o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR parte 2 y A.R.S. 36-664(H). Una autorización general para la liberación del médico u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información criminal investigar o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.



Requisitos de Admisión

(Imprento el Nombre de Cliente)

Yo, _____ tengo custodia legal de la persona mencionada arriba.
(Nombre Imprento de Padre/Guardián)

Reconozco el haber recibido los documentos siguientes en la Fecha: _____

1. Una lista de derechos del cliente;
2. Una explicación de cualquier honorario que el cliente debe pagar;
3. La información de contacto actualizada para todos contratado agencias de servicio al cliente/quejas y apelaciones
4. Una copia de la póliza de quejas de la agencia y su procedimiento;
5. Una descripción por escrito del vestuario apropiado
6. Una descripción por escrito de las reglas de la casa

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date

Firma de Personal de Zarephath

Date



Orientación de Admisión

(Imprento el Nombre de Cliente)

Yo, _____

Reconozco haber tomado parte en la siguiente orientación de Fecha: _____

- a) Introducción de personal a él/los tutor(es)
- b) Una explicación del servicio de salud del comportamiento que la agencia provee
- c) Una descripción de las expectativas de conducta del cliente y de cualquier regla del programa
- d) Un horario de actividades para el cliente
- e) Plan de término: Cuando las opciones de apoyos naturales pueden utilizarse de forma segura y sin mayores incidentes. Al término del programa el cliente continuara recibiendo los servicios auxilie en la agencia de referencia de acuerdo con CFT.
- f) Una explicación de los servicios que están disponibles en el idioma preferido y acceso a los servicios de asistencia de idioma.

Comprendo y concuerdo en seguir todas las reglas y directivas del personal mientras estoy en Zarephath, yo también comprendo los artículos señalados arriba (A - F) y se me ha dado una explicación completa de cada una de ellas.

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date

Firma de Personal de Zarephath

Date



Permiso de comunicación

(Impronto el Nombre de Cliente)

Mensajes de Correo de Voz

- Doy permiso a Zaraphath para mandar información de correo electrónico relacionados con los servicios prestados a este paciente de salud mental. En la concesión de este permiso, entiendo que algunos de los mensajes de correo de voz puede contener información de la salud protegida con respecto a este paciente de salud mental.
- No autorizo mensajes de correo de voz.

Mensajes de Correo Electrónico

- Doy permiso a Zaraphath para mandar información de correo electrónico relacionados con los servicios prestados a este paciente de salud mental.

Correo Electrónico: _____

- No autorizo mensajes de correo electrónico.

Soy consciente de que puedo revocar este permiso en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a.Zarephath.

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date



Plan de Crisis de Zarephath

(Imprento el Nombre de Cliente)

Mediante a los siguientes comportamientos:

- Berrinches
- Destrucción de Propiedad
- Agresión Física
- Comportamientos Físicos Inapropiados

El personal de Zarephath tomara los siguientes pasos.

Paso 1

- a) Aviso verbal e indicaciones para comportamiento
- b) Remover a cliente de actividad y/o grupo de compañeros con la supervisión del personal
- c) 1:1 para repasar expectativas de comportamiento y reglas

Paso 2

- a) Llamar a padre o guardian para descarga temprana y/o supervisor de Zarephath o linea de crisis apropiada.

Paso 3

- a) Padre removera a cliente de su estancia en el cuidado de respiro.

Ver Lista de Contrato Telefónico para el Numero Apropiado de la Línea de Crisis
 Línea de Zarephath disponible las 24 horas. Phoenix (480) 510-7013
 Línea de Zarephath disponible las 24 horas. Tucson (520) 668-8791

**** Si cliente es peligro eminente a si mismo o a otros llamar a 911 inmediatamente ****

Firma de Padre/Guardian o Cliente (si tiene 18 años o más)

Date

Firma de Personal de Zarephath

Date



Cliente Preferencia de idioma: Inglés Español Otro _____

Tutor Preferencia de idioma: Inglés Español Otro _____

Te gustaria recibir una copia en otra idioma Si No Idioma _____

PART D: PLAN de SERVICIO para SALUD de COMPORTAMIENTO

Cliente: _____ CIS ID: _____ Programa: Zarephath Respite Fecha de Hoy: _____

Asistentes a la reunión del plan de servicio:

OBJETIVO de RECUPERACION/VISION FAMILIAR de PERSONA: Para utilizar los servicios de respire que esta determinado por el CFT para aumentar el funcionamiento familiar positivo y mantener la seguridad en la casa y proporcionar descanso necesitado por la unidad familiar para ayudar a mantener colocación.

PRESENTANDO NECESIDADES Y ASUNTOS:

FORTALEZAS del INDIVIDUO:

Fecha Deseada para Alcanzar los Objetivos: _____ (Medida actual = en una escala de 0 a 10, donde esta el cliente para cumplir con este objetivo antes de la entrada en el programa. 10 es igual a la perfección)

NECESIDADES IDENTIFICADAS y LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS (para apoyar a estas necesidades)	Medida Actual	INTERVENCIONES para ALCANSAR OBJETIVOS		Medida Deseada	Medida Lograda (a la fecha de objetivo)	Medida Lograda (Si/No)
		Servicio Especifico y la Frecuencia	Fuertes Usadas			
1. Para aumentar aptitud social e interacción positiva entre compañeros.		- Respiro - frecuencia 1-12 veces en un período de 90 días, no exceder 600 horas por año - Administración de Caso				
2. Para reducir el estrés en la casa proporcionando un descanso temporal a la familia para mantener la colocación del cliente en el hogar.		- Respiro - frecuencia 1-12 veces en un período de 90 días, no exceder 600 horas por año - Administración de Caso				
Si el cliente está actualmente tomado medicamentos: 3. Asistir al cliente en la autoadministración de medicamentos pare ayudar a mantener la continuidad de cuidado y desarrollar habilidades de autocuidado.		Ayudar por la dosis prescrita por el médico, cuando sea necesario, segun la política de Zarephath				

PLAN de DESCARGA (agrega la fecha de descarga si conocida): Cuando los apoyos naturales y técnicas opcionales de respiro se puede ser utilizado con seguridad y sin incidentes mayores. Cuando el cliente es descargado, continuara recibiendo los servicios auxilias de la agencia de referencia de acuerdo con la CFT.

Estimada tiempo de estancia _____

Persona / Guardian: _____ Fecha: _____

Si, yo estoy de acuerdo con estos tipos y niveles de servicios incluidos en mi plan de servicio y yo ha recibido una copia de los Derechos de Residente y Responsabilidades .

No, no estoy de acuerdo con estos tipos y niveles de algunos o todos los servicios incluidos en mi plan de servicio. Al marcar la casilla, yo solamente recibirá los servicios que yo haya aceptado recibir y que puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y niveles de servicios que ya he requerido.*

BHT _____ Fecha: _____

Otro _____ Fecha: _____

BHP Rev. _____ Fecha: _____



Client Language Preference: English Spanish Other _____
 Guardian Language Preference: English Spanish Other _____
 Would you like a copy in any other language Yes No Language _____

PART D: BEHAVIORAL HEALTH SERVICE PLAN - RESPITE

Client: _____ CIS Client ID#: _____ Program: **Zarephath Respite** Today's Date: _____

Individuals at Service Planning Meeting:

RECOVERY GOAL/PERSON-FAMILY VISION: To utilize respite services as determined by the CFT to increase positive family functioning and maintain safety in the home and provide much needed break to family unit to help maintain placement.

PRESENTING NEEDS:

CLIENT'S STRENGTHS:

Target Date for Meeting Objectives: _____

(Current measure=on a scale of 1 to 10, where is the client in meeting this objective prior to entry into the program. 10 equals perfection)

IDENTIFIED NEEDS and SPECIFIC OBJECTIVES (to address these needs)	Current Measure	INTERVENTIONS to MEET OBJECTIVES		Desired Measure	Achieved Measure (at target date)	Measure Met (Y/N)
		Specific; Services; and Frequency	Strengths Used			
1 To increase positive social skills and peer interactions.		- Respite Care: Frequency 1-12 times in a 90 day period, not to exceed 600 hours per year - Case Management	ALL	10		
2 Reduce stress in home by providing a temporary break to family to help maintain placement.		- Respite Care: Frequency 1-12 times in a 90 day period, not to exceed 600 hours per year - Case Management	ALL	10		
Client is currently on Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, 3. Assist Client in the Self Administration of Medications to help maintain continuity of care and develop self-care skills.		(If Applicable) Assist in the self-administration as directed by the Doctor's prescription, per Zarephath policy.	ALL	10		

DISCHARGE PLAN (add discharge date if known): When natural supports and respite options can be utilized safely and without major incident. When the client is discharged the client will continue to receive ancillary services at the referring agency according to the CFT.

Estimated Length of Stay _____

Person / Guardian: _____ Date: _____

Yes, I agree with the types and levels of services included in my service plan and I have received a copy of the Resident Rights and Responsibilities No, I disagree with the types and/or levels of some or all of the services included in my service plan. By checking this box, I will receive the services that I have agreed to receive and may appeal the treatment team's decision to not include all the types and/or levels of services that I have requested.*

BHT _____ Date: _____
 Other _____ Date: _____ BHP Rev _____ Date: _____