



ZAREPHATH

creative healthcare solutions

Paquete de Bienvenida para Padres o Guardianes

A quien corresponda:

Gracias por la oportunidad de servirle a usted y a su familia. Zarephath se compromete a proporcionarle los mejores servicios posibles a las familias. Para asegurarle nuestro compromiso a usted y a su familia, todas sus sugerencias son bienvenidas y deseamos que usted sepa que nos importa saber lo que ustedes piensan.

Zarephath mantiene pautas de empleado que están mucho más allá de los requisitos de Arizona y nosotros tomamos gran orgullo en nuestra supervisión y el programa de instrucción clínica. Nuestra prioridad número uno es de proporcionarles una experiencia segura y positiva de principio a fin en todos los servicios que

Creemos que la comunicación es la clave de una relación exitosa y nosotros esperamos hablar con usted y su familia pronto. Gracias otra vez por la oportunidad de servirle.

Sinceramente,

Mark A. Williams
CEO

Z A R E P H A T H

4856 East Baseline Road, Suite 103 Mesa, Arizona 85206

P 855-810-2484 F 855-771-1332 E info@zrpath.com



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

Cliente Identificador: _____

Revisado 8/23/2017 - Page 3



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 autorizacion para compartir su PHI.
- Puede negar su autorizacion. 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 autorizacion. 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.



ZAREPHATH
creative healthcare solutions

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 Específico 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 auxiliares 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: _____

CODIGO DE VESTIR

Niñas/Mujeres

1. Pueden usar pantalones cortos de longitud modesta y apropiada; Fondo de cortos debe estar en o por debajo de la punta del dedo cuando el brazo este completamente extendido hacia abajo.
2. No camisas o blusas con tirantes, sin mangas. Un sostén debe usarse en todo momento.
3. Camisas que son bajas o que revelan escote son inaceptables.
4. Un traje de baño de una sola pieza o tankini es lo mejor para las piscinas públicas. Una camisa debe ser usada arriba de los trajes de baño de dos piezas, o cualquiera que sea considerado inmodesto o inadecuado por el personal.
5. Los extremos en los estilos de vestido como ropa transparente, estómagos expuestos o ropa que normalmente son consideradas como la ropa interior no son aceptables.
6. Toda piel entre la zona del hombro y 3 pulgadas arriba de la rodilla debe estar cubierta en todos tiempos (de día y al tiempo de dormir). Toda la ropa interior debe mantenerse cubierta y fuera de la vista.
7. Prendas de vestir que anuncian o representa a alcohol, drogas, desnudez, productos del tabaco, temas satánicos, colores/ miembros de pandillas, lenguaje obsceno, violencia, gráficos obscenos y/o frases que son ofensivas a otros NO SERAN permitidos.

Niños/Hombres

1. Una camisa debe usarse en todos los tiempos, día o noche.
2. No pantalones que estén excesivamente holgados o flacidez/ los pantalones cortos son permitidos.
3. Toda ropa interior incluyendo camisetitas deben ser cubiertas por la ropa y no deben ser visible.
4. Pantalones cortos de natación es lo mejor para las piscinas públicas, se puede usar una camiseta; NO SPEEDOS.
5. Ropa interior no puede ser utilizada como ropa para dormir. Camiseta y pantalones cortos o pijamas solo pueden ser usadas en tiempo de dormir.
6. Toda piel entre el área del hombro y 3 pulgadas arriba de la rodilla debe estar cubierta en todo momento. Ropa interior debe mantenerse cubierta y fuera de la vista.
7. Prendas de vestir que anuncian o representa a alcohol, drogas, desnudez, productos del tabaco, temas satánicos, colores/ miembros de pandillas, lenguaje obsceno, violencia, gráficos obscenos y/o frases que son ofensivas a otros NO SERAN permitidos.

****Los clientes deben cumplir con el código de vestir. Si es necesario, se les puede pedir a los clientes que se cambien a atuendo apropiado. ****

REGLAS DE CASA

Continua violación de las reglas de casa resultara en un contrato de conducta.

1) Respetar toda propiedad

Los juegos, carros, juguetes, videojuegos, películas, etc. Es propiedad de la casa. Estos se quedaran dentro de la casa. Trátenlos y a la propiedad de otros clientes de manera que tú quisieras que se tratara tu propiedad personal.

2) Respeta a tus compañeros

Ningún tipo de juegos que envuelvan tocarse ni juegos pesados como luchas y payasadas son permitidos. Ninguna amenaza, acoso o abuso verbal.

3) Caminar solamente es permitido dentro de la casa. No Correr.

4) Niños no son permitidos entrar a la cocina solos.

Muchos bocadillos son proporcionados, y tres comidas por día. Si tu deseas un bocadillo por favor solamente habla con un trabajador y el te ayudara.

5) Niños puede jugar en el patio solo con supervisión.

6) Ciertos cuartos son “privados”- ¡NO ENTRAR ALLI!

- a) Cuarto de los trabajadores e garaje – No ENTRAR.
- b) Cuarto de Niñas-NO SE PERMITEN Niños
- c) Cuarto de Niños- NO SE PERMITEN Niñas

7) No malas palabras, maldiciendo ni conversaciones de sexo inapropiado, ni conversaciones de pandillas ni temas violentos.

8) No videojuegos valorados (M) Maduros o CD con letra inadecuada.

Animamos a los clientes que mantengan sus Walkmans, CD's, juegos, i-Pods, etc seguros en casa. Zarephath proporciona mucho entretenimiento divertido.

9) Clientes deben llevar cinturones de seguridad durante transporte.

10) Los siguientes articulos no estan permitidos:

Encendedores, dispositivos de cámaras /internet, navajas, cigarillos, parafernalia de drogas, medicamentos u otros artículos de podrían presentar un peligro de seguridad basado en la discreción del personal.

11) Clientes deben estar en la cama por los tiempos asignados

- a) 10:00pm para los clientes 12 & menores
- b) 11:00pm para los clientes 13 & mayores

Política de Zarephath

| | | |
|--|---|--|
| Nombre de la Directiva: <i>Derechos de residente</i> | Referencia de la concesión de licencias: R9-10-711 | Firma de aprobación: |
| | Política 711 | Título: Gerente de programa |
| | Fecha de vigencia: 01 de Julio de 2014 | Fecha de revisión: 01 de Julio de 20117 |

Política

Es la política de Zarephath para promover y proteger los derechos de residentes. También es la política de Zarephath cumplir con todas las normas impuestas por local, agencias reguladoras/fondos estatales y federales, incluyendo pero no limitado a ADHS/DBHS y la T/RBHA.

Procedimiento

A. Zarephath se asegura de que los derechos de residentes sean:

1. Publicados y disponibles en cada instalación
2. En el momento de la admisión, o antes, un residente o el tutor del residente recibe una copia escrita de los requisitos en la subsección (B) y los derechos de residentes en la subsección (E)
3. Residente de derechos se proporcionan:
 - a. Durante el proceso de orientación
 - b. Cada residente es informado de que los derechos residentes se publican en el muro de la entrada de cada instalación

B. Zarephath asegurara de que:

1. Cada residente es tratado con dignidad, respecto y consideración,
2. Un residente no está sujeto a:
 - a. Abuso;
 - b. Negligencia;
 - c. Explotación;
 - d. Coerción;

- e. Manipulación;
 - f. Abuso sexual;
 - g. Agresión sexual;
 - h. Aislamiento;
 - i. Restricción;
 - j. Retaliación por presentar una queja ante el departamento u otra entidad;
 - k. Apropiación indebida de bienes personales y privados por miembros del personal de la instalación, empleados o voluntarios
 - l. Descarga o transferencia o amenaza de descarga o transferencia, por razones ajenas a las necesidades de tratamiento de los residentes, excepto según lo establecido en un acuerdo de pago firmado por el residente y tutor.
 - m. Tratamiento que consiste en la negación de:
 - i. Alimentos,
 - ii. La oportunidad de dormir, o;
 - iii. La oportunidad de usar el baño;
3. Excepción de los dispuestos en la subsección (C) y (D), y a menos restringido por el tutor del residente, un residente está permitido:
- a. Asociado con personas de su elección, recibir visitas y hacer llamadas telefónicas, según sea necesario;
 - b. Tener privacidad durante la correspondencia, comunicación, visitación e higiene personal;
 - c. Enviar y recibir correo, según corresponda.
4. Un residente o tutor:
- a. Excepto en una emergencia, consiente o se niega el tratamiento;
 - b. Podrá denegar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de empezar tratamiento, a menos que el tratamiento sea ordenado por el tribunal según A.R.S, Title 36, Chapter 5 or A.R.S. 8-341.01 es necesario para salvar la vida de los residentes o la salud física, o se proporciona según A.R.S. 36-512;

- c. Excepto en una emergencia, es informado de las alternativas de tratamiento propuesto, los riesgos asociados y las posibles complicaciones;
- d. Informado de:
 - i. Política de Zarephath en lo que respecta a las directrices de cuidado de la salud, y
 - ii. El proceso de queja residente;
- e. Excepto según lo permitido por la ley, proporciona consentimiento escrito para la publicación de información en el
 - i. Expediente médico o
 - ii. Registros financieros.

C. Zarephath está licenciado para una capacidad de menos de 10 residentes y si un profesional de salud conductual (BHP) determina el tratamiento de los residentes requerirá el residente a restringirse en participar en las actividades en la subsección (B)(3), el BHP será:

1. Documento un propósito en la historia clínica de los residentes que apoya la restricción de la actividad,
2. Informar a el residente y guardián de la razón de restricción,
3. Informar a el residente y guardián del derecho a presentar una queja y el procedimiento para presentar una queja

D. Zarephath asegura de que si tiene licencia para 10 o más residentes y un BHP determina una necesidad para las actividades de un residente en la subsección (B)(3) a restringirse el BHP cumplirá con los requisitos en la subsección (C)(1) through (3).

E. Un residente tiene los siguientes derechos:

1. A no ser discriminado en base a raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;:
2. A recibir un tratamiento que:
 - a. Apoya y respeta la individualidad de los residentes, opciones, fortalezas y habilidades;
 - b. Es compatible con la libertad personal de los residentes y solo restringe la libertad personal de los residentes según una orden judicial, por el residente

o consentimiento general de los guardianes, o según lo permitido en el presente capítulo; y

- c. Se proporciona en el ambiente menos restrictivo que satisface que las necesidades del tratamiento de los residentes;
3. Para recibir privacidad en el tratamiento y cuidado para las necesidades personales, incluyendo el derecho a no ser fichado, fotografiado o grabado sin consentimiento excepto:
 - a. Un residente puede ser fotografiado cuando admitió a instalaciones para la identificación y propósitos administrativos;
 - b. Para un residente recibe tratamiento según A.R.S. Title 36 Chapter 37; o
 - c. Para las grabaciones de video utilizadas para propósitos de seguridad que se mantienen solo sobre una base temporal;
4. No ser prevenido o impedido de ejercer los derechos civiles de los residentes a menos que el residente ha sido juzgado incompetente o un tribunal de jurisdicción competente ha encontrado que el residente es no es capaz de ejercer un derecho específico o categoría de derechos;
5. Revisar, previa solicitud por escrito, el historial médico de residencia según A.R.S. 12-2293, 12-2294, 12-2294.01;
6. Debe proporcionarse espacio de almacenamiento bajo llave para las pertenencias de los residentes mientras que el residente recibe tratamiento;
7. Para tener oportunidades de contacto social y las actividades sociales, recreativas o rehabilitaciones diarias;
8. Para estar informado de los requisitos necesarios para la descarga de los residentes o transferencia a un entorno físico menos restrictivo;
9. Para recibir una referencia a otra institución de salud si la instalación no es autorizada o no capaces de proporcionar los servicios necesarios para el residente;
10. Para participar o tener tutor participar en el desarrollo de un plan de tratamiento o decisiones respecto al tratamiento;
11. A participar o negarse a participar en la investigación o tratamiento experimental y

12. Para recibir asistencia de un miembro de la familia, tutor u otro individuo en comprensión, proteger ejercer los derechos de los residentes.

F. Zarephath proporcionara asistencia a un individuo en la comprensión de sus derechos de residentes en su idioma preferido y asistir a una persona que tiene un físico u otra discapacidad a tomar conciencia de los derechos de residentes.

Política de Zarephath

| | | |
|--|--|---|
| Nombre de la Política: Honorarios del cliente | Referencia de la concesión de licencias: R9-10-703.10 | Firma de aprobación: |
| | Política de 703.10 | Título: Gerente de programa |
| | Fecha de vigencia: 01 de Julio de 2014 | Fecha de revisión: 01 de Julio de 2017 |

Política

Es la política de Zarephath en el momento de la admisión que se informe a todos los clientes de cargos potenciales que pueden incurrir recibiendo servicios de Zarephath.

Es también la política de Zarephath a cumplir con todas las normas impuestas por las agencias reguladoras/fondos locales, estatales y federales, incluyendo pero no limitado a, ADHS/DBHS y la RBHA.

Procedimiento

- A. Zarephath **no recopila** cargos de clientes de Zarephath clientes por servicios prestados. Por lo tanto Zarephath **no reembolsara** cualquier cargo del cliente.
- B. Personal de Zarephath se asegurara de que un aviso de cualquier cambio en los criterios de horario o pago de cuota se proporcionara a cada cliente o su representante financiero designado treinta (30) días antes de que el cambio sea efectivo.

Política de Zarephath

| | | |
|--|--|---|
| Nombre de la Política: <i>Denuncia de cliente/ agravio</i> | Referencia de la concesión de licencias: R9-10-703.6 | Firma de aprobación: |
| | Política de 703.6 | Título: Gerente de programa |
| | Fecha de vigencia: 01 de Julio de 2014 | Fecha de revisión: 01 de Julio de 2017 |

Política

Es la política de Zarephath para proporcionar a los clientes, guardianes, las personas interesadas, y miembros de la comunidad la oportunidad de las actuales preocupaciones y quejas.

Procedimiento

1. Una copia de la denuncia política será colocada en un lugar visible en cada sitio de servicio.
2. En el consumo a los servicios clínicos, cada cliente recibirá una copia de la queja política. Un reconocimiento de recibo de esta política será colocado en el registro de cliente y educado en donde obtener un formulario de queja.
3. Clientes/tutores puede presentar una queja con Zarephath o su agencia de referencia.
4. Cualquier queja debe ser presentada dentro de los treinta (30) días de la violación alegada de derechos o condición. Debe solicitar asistencia a la presentación de una queja, personal de Zarephath le proporcionara la asistencia necesaria.
5. Zarephath deberá documentar y rastrear todas las quejas.
6. Todas las comunicaciones con respecto a las quejas deben ser mantenida como confidencia conforme a las leyes del estado de Arizona.
7. El conocimiento y la comunicación se limita a las personas directamente involucradas en el proceso de resolución de problemas.
8. Todas las reclamaciones y los resultados se mantendrán confidenciales.
9. Cualquier decisión de queja por escrito se mantendrán separado del médico del cliente registro.

Procedimiento de Zarephath para clientes/tutores/personas con preocupaciones/miembros de la comunidad que presentan quejas sobre los servicios clínicos:

Puede iniciar una queja o reclamación seleccionando alguno de los medios enumerados a continuación:

- A. Usted puede archivar/voz una queja directamente con el personal de Zarephath. Para hacerlo:
1. Obtenga un formulario de queja de un miembro del personal de Zarephath
 2. Complete la parte superior (naturaleza de la queja y deseado de resolución/resultado) de la forma de queja. Usted puede solicitar asistencia de un miembro del personal de Zarephath
 3. El personal de Zarephath deberá documentar la fecha de que la denuncia fue recibida en el formulario de queja y comenzara desarrollar una propuesta de resolución a la queja.
 4. Dentro de diez (10) días desde la fecha que Zarephath recibe la queja, el demandante se proporcionara una reunión con el supervisor del sitio de servicio. El supervisor del sitio deberá documentar la propuesta de resolución en el formulario de queja.
 5. Si el demandante acepta la propuesta de resolución, será cerrado el asunto. El supervisor del sitio deberá documentar la resolución propuesta por la obtención de la firma del demandante (es decir, cliente, tutor, persona interesada o miembro de la comunidad) en el formulario de relación y dirigirá el formulario completado al personal que supervisa las cuestiones de gestión de la calidad de Zarephath.
 6. Si el demandante rechaza propuestas de resolución, la queja deberá ser reenviada a la gerente del programa o su designado.
 7. El director o su designado programara una cita con el demándate para discutir la denuncia o su designado
 8. Todas las decisiones tomadas por el gerente del programa son definitivas.
- B. Puede eludir el personal de Zarephath y dirigir su queja a personal de ADHS/DBHS
- C. Puede omitir el personal de Zarephath y dirigir su queja al personal de RBHA

Community Partnership of Southern Arizona

Grievance and Appeals

4575 East Broadway

Tucson, AZ 85711

(520) 325-4268

Mercy Maricopa Integrated Care

24 horas al día, 7 días a la semana

602-586-1841

1-800-564-5465 (toll-free)

Personas con dificultades auditivas

TTY/TDD 711

Pascua Yaqui Tribe

7474 S. Camino De Oeste

Tucson, AZ 85746

520-883-5000

Cenpatico Arizona

Departamento de servicio al cliente de Cenpatico

O queja de Cenpatico y Departamento de apelaciones al (866) 495-6738

- D. Usted puede omitir al personal RBHA y dirigir su queja al personal en la Agencia de contratación correspondiente o su caso asignado Gerente/ terapeuta.

- E. Zarephath no tolerara ninguna acción de represalia hacia cualquier cliente, tutor o interesado por las preocupaciones/quejas presentadas al personal de Zarephath

Formularios: Formulario de queja de Zarephath