



## Consentimiento de Cuidado

\_\_\_\_\_  
(Escriba el Nombre de Cliente)

Yo, \_\_\_\_\_ (Imprima Nombre de Padre/Guardián) tengo la custodia legal o soy un representante autorizado de la persona mencionada anteriormente y por la presente lo autorizo a participar en el cuidado de Zarephath, Inc.

Comprendo que mientras en el cuidado, mi hijo participará en salidas fuera del sitio. Autorizo a mi hijo a participar en estas salidas y a ser transportado por Zarephath y todos los empleados, agentes o contratistas de Zarephath.

Entiendo que hay cámaras que graban video y audio en las áreas comunes de los hogares de relevo que ayudan a la seguridad y protección de mi hijo. Las grabaciones se guardan internamente y se destruyen después de un breve período.

Mientras cada esfuerzo será hecho para mantener un ambiente seguro, entiendo que puede ocurrir un accidente mientras está bajo cuidado. En caso de emergencia, autorizo a cualquier médico con licencia, técnico de emergencias médicas, hospital u otro centro médico a realizar radiografías; examinar; use anestesia o realice cualquier procedimiento médico o cirugía que se considere necesario para tratar o aliviar cualquier lesión. Acepto ser responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro aplicable. También autorizo que mi firma se considere consentimiento para la facturación médica, específicamente el envío de servicios (reclamos) de Medicaid que se han proporcionado a mi hijo. No haré responsable a Zarephath ni a ningún empleado, agente o contratista de Zarephath de la compensación.

Firma de Padre o Encargado Legal: \_\_\_\_\_

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

Proveedor de seguros: \_\_\_\_\_

Medicamentos Necesitados:  Yes  No \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del primer Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del segundo Guardián: \_\_\_\_\_



## Política y Procedimientos de Auto-Administración de Medicamentos

---

(Escriba el Nombre de Cliente)

- 1) Mientras asisten a Zarephath, los clientes deben tomar medicamentos recetados por un médico.
  - a. NO se pueden tomar medicamentos de venta libre.
  - b. El personal siempre supervisará la autoadministración de medicamentos.
  - c. Todos los clientes deben tener un "Consentimiento para autoadministrarse medicamentos" firmado por el padre o el guardián.
  - d. La medicación para la autoadministración se mantendrá en un contenedor cerrado, excepto durante la dispensación de medicamentos.
- 2) **Solo los medicamentos en el envase original de la farmacia con el nombre del cliente serán aceptados por el personal para la administración del cliente**
- 3) Autoadministración de medicamentos
  - a. El personal avisará a los clientes si no solicitan sus medicamentos a la hora prescrita.
  - b. Si los medicamentos se recetan de manera periódica en lugar de los tiempos especificados, se establecerá un horario habitual para la autoadministración en consulta con los padres del cliente.
  - c. Personal supervisado por el cliente que dispensa medicamentos.

Antes de consumir el medicamento, el cliente indicará el tiempo y la cantidad de píldoras a tomar, el nombre del medicamento y su propósito.

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 no puede proporcionar la información, el personal lo solicitará y el cliente repetirá la información.
    - ii. Si el cliente no puede autoadministrarse adecuadamente el medicamento, se contactará a los padres.

El personal registrará el monitoreo de la autoadministración de medicamentos por parte del cliente. Cualquier falla de un cliente para tomar sus medicamentos recetados será registrada por el personal que atiende, y el padre / guardian será notificado de la desviación del régimen prescrito.

### **Consentimiento para la autoadministración de medicamentos**

He leído la política anterior y entiendo los procedimientos para la autoadministración de medicamentos para mi hijo. Acepto cumplir con la política y dar mi consentimiento a los agentes, empleados o contratistas de Zarephath para que supervisen la autoadministración de medicamentos para mi hijo.

---

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

---

Date



**ZAREPHATH**  
creative healthcare solutions

## Revelación de Información de Salud

---

*(Escriba el Nombre de Cliente)*

### **Consentimiento para el uso y divulgación de información personal de salud para pago o atención médica.**

Entiendo y acepto que Zarephath puede usar y divulgar información médica protegida, que incluye, entre otros, nombre, dirección, historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que debo consentir este uso y divulgación para recibir servicios a través de Zarephath.

Entiendo que Zarephath se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y enviará una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que Zarephath restrinja la forma en que se utiliza o divulga la información médica protegida para llevar a cabo operaciones de pago o atención médica. Además, entiendo que Zarephath no está obligado a aceptar ninguna solicitud para restringir el uso o la divulgación de información. Sin embargo, si Zarephath acepta una restricción solicitada, la restricción es vinculante para Zarephath.

Acepto que tengo derecho a revocar este Consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Zarephath se haya basado en él.

Estoy de acuerdo en que otorgo este permiso para garantizar la continuidad de la atención con el CFT.

Estoy de acuerdo en que mi autorización terminará cuando ya no necesitemos 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)

(Escriba el Nombre de Cliente)

**Información de salud protegida (PHI)** significa información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos darle su PHI a nadie más que a sus médicos y otras personas que puedan estar cuidando de usted, a menos que usted diga que está bien. Al firmar este documento, nos da su aprobación. Solo divulgaremos la PHI que usted dice que podemos compartir. Y solo se lo daremos a las personas o agencias que usted enumere.  
¿Alguna pregunta? Llame a Zarephath al (855) 810-2484

Yo, \_\_\_\_\_ tener custodia legal de la persona mencionada arriba.  
(Nombre Imprento de Padre/Guardián)

### A quien se le puede dar el PHI? (Contacto de emergencia)

| Contacto de emergencia (NO padre / guardián) | 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 mi AUTORIZACION?

Está dando PHI para garantizar la continuidad de la atención con el CFT. Su AUTORIZACION finalizará cuando ya no necesite los servicios de Zarephath.

### Sus Derechos y Hechos Importantes

- No tiene que compartir su información. Seguirá recibiendo beneficios y tratamiento incluso si no nos da su autorización para compartir su PHI.
- Puede retirar su autorización. Debe informarnos por escrito. Envíelo por correo a Zarephath, Inc., 4856 E. Baseline Rd. Ste. 104 Mesa, AZ 85206
- ¿Qué pasa si recuperas tu autorización? Esto no recuperará la PHI que ya hemos compartido. Pero no compartiremos más de su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, pueden compartirla con otros si la ley lo permite.
- Tiene derecho a obtener una copia de este OK firmado. Si necesita otra copia, llame a Zarephath al (855) 810-2484.
- Si no comprende o tiene preguntas, podemos ayudarlo. Llame a Zarephath al (855) 810-2484.

### Aviso a cualquier orto que no sea el Paciente

Debería obtener una copia de este papel firmado. Recuerde, la 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 completa de PHI se encuentra en 45 CFR §160.103. Esta información se le ha revelado a usted a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y / o estatales. Si los registros están protegidos por las reglamentaciones federales sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2), o según la ley estatal sobre confidencialidad del VIH / SIDA y otra información de enfermedades transmisibles (ARS 36-664 (H)), usted se prohíbe realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita 42 CFR Parte 2 y ARS 36-664 (H). la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

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

Date

Marque esta casilla si se dio el **CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO**; la firma se obtendrá en un contacto futuro

Firma del Personal de Zarephath

Date

Cliente Identificador: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para Revelar Información de salud Protegida (PHI)

(Escriba el Nombre de Cliente)

**Información de salud protegida (PHI)** significa información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos darle su PHI a nadie más que a sus médicos y otras personas que puedan estar cuidando de usted, a menos que usted diga que está bien. Al firmar este documento, nos da su aprobación. Solo divulgaremos la PHI que usted dice que podemos compartir. Y solo se lo daremos a las personas o agencias que usted enumere.

¿Alguna pregunta? Llame a Zarephath al (855) 810-2484

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

### A quien se le puede dar el PHI? (Agencia de referencia)

| Agencia de referencia | 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 mi AUTORIZACION?

Está dando PHI para garantizar la continuidad de la atención con el CFT. Su autorización finalizará cuando ya no necesite los servicios de Zarephath.

### Sus Derechos y Hechos Importantes

- No tiene que compartir su información. Seguirá recibiendo beneficios y tratamiento incluso si no nos da su autorización para compartir su PHI.
- Puede retirar su autorización. Debe informarnos por escrito. Envíelo por correo a Zarephath, Inc., 4856 E. Baseline Rd. Ste. 104 Mesa, AZ 85206
- ¿Qué pasa si recuperas tu autorización? Esto no recuperará la PHI que ya hemos compartido. Pero no compartiremos más de su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, pueden compartirla con otros si la ley lo permite.
- Tiene derecho a obtener una copia de este OK firmado. Si necesita otra copia, llame a Zarephath al (855) 810-2484.
- Si no comprende o tiene preguntas, podemos ayudarlo. Llame a Zarephath al (855) 810-2484.

### Aviso a cualquier orto que no sea el Paciente

Debería obtener una copia de este papel firmado. Recuerde, la 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 completa de PHI se encuentra en 45 CFR §160.103. Esta información se le ha revelado a usted a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y / o estatales. Si los registros están protegidos por las reglamentaciones federales sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2), o según la ley estatal sobre confidencialidad del VIH / SIDA y otra información de enfermedades transmisibles (ARS 36-664 (H)), usted se prohíbe realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita 42 CFR Parte 2 y ARS 36-664 (H). La divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

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

\_\_\_\_\_  
Date

Marque esta casilla si se dio el **CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO**; la firma se obtendrá en un contacto futuro

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de Zarephath

\_\_\_\_\_  
Date



**ZAREPHATH**  
creative healthcare solutions

## Requisitos de Admisión

---

*(Escriba 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 los derechos de los residentes.;
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

\_\_\_\_\_  
(Escriba el Nombre de Cliente)

Yo, \_\_\_\_\_

Reconozco haber tomado parte en la siguiente orientación de Fecha: \_\_\_\_\_

- a) Introducción de personal al guardián(s)
- b) Una explicación del servicio de salud del comportamiento que la agencia provee
- c) Una descripción de las expectativas del comportamiento del cliente y de las reglas de cualquier programa.
- d) Revise el programa y describa qué es una actividad / salida típica y revise qué esperar
- e) PLAN DE DESCARGA: cuando las opciones de soporte natural se pueden utilizar de forma segura y sin incidentes importantes. Cuando el cliente es dado de alta, el cliente continuará recibiendo servicios auxiliares en la agencia de referencia de acuerdo con la CFT.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 que los servicios están disponibles en el idioma preferido y una explicación sobre cómo acceder a los servicios de asistencia lingüística

Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todas las reglas y directivas del personal mientras estoy en Zarephath, también entiendo los elementos anteriores (A - F) y me han dado una explicación completa de cada uno.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal de Zarephath

\_\_\_\_\_  
Date



## Permiso y preferencia para la comunicación

(Escriba el Nombre de Cliente)

### Preferencia por la comunicación de los servicios de horario

¿Qué método de comunicación prefiere que le notifiquemos de los servicios programados?  
Marque 1 o más si desea recibir varias copias de la notificación.

- Correo electrónico
- SMS (texto)
- Correo de USPS

\* Zarephath debe tener permiso (excepto para el correo) para comunicarse a través de su método preferido.

### Mensajes de correo de voz

- Doy permiso a Zarephath para dejar un correo de voz con información relacionada con los servicios prestados al cliente.
- No autorizo mensajes de correo de voz.

### Mensajes de Correo Electrónico

- Doy permiso a Zarephath para enviar por correo electrónico información relacionada con los servicios prestados al cliente.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- No autorizo mensajes de correo electrónico.

### Mensajes SMS (Texto)

- Doy permiso a Zarephath para enviar información de texto relacionada con los servicios prestados al cliente

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

- No autorizo mensajes de texto.





## Plan de Crisis de Zarephath

(Escriba el Nombre de Cliente)

En respuesta a los siguientes comportamientos:

- Berrinches
- Daño a la propiedad
- Agresión Física
- Límites físicos inapropiados
- Acoso

Zarephath seguirá los pasos descritos a continuación.

**Paso 1**

- a) Redireccionar con señales verbales y mensajes.
- b) Aislamiento de la actividad y / o par con supervisión del personal.
- c) 1:1 para revisar las expectativas y reglas de comportamiento.

**Paso 2**

- a) Llame a los padres o guardian para el alta temprana y / o el supervisor Zarephath de guardia o la línea apropiada de Crisis de la red para atender el caso.

**Paso 3**

- a) Retiro del cliente de la estancia de relevo por parte de los padres o guardian.

Consulte la lista de contratos telefónicos para obtener el número de teléfono apropiado para la línea de crisis

Línea de Zarephath disponible de 24 horas. Phoenix (480) 510-7013

Línea de Zarephath disponible de 24 horas. Tucson (520) 668-8791

**\*\* Si el cliente es un peligro eminente para sí mismo o para otros, llame de inmediato al 911 \*\***

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal de Zarephath

\_\_\_\_\_  
Date



**¿Su familia cumple con la necesidad médica de cuidado de relevo?**

(Escriba el Nombre de Cliente)

| Por favor hágase las siguientes preguntas:  | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene su hijo (s) un diagnóstico de salud comportamiento?   |    |    |
| 2. ¿Requiere su hijo medicamentos para ayudar con el manejo del comportamiento?   |    |    |
| 3. ¿Su ambiente familiar se siente estresante o caótico?  |    |    |
| 4. ¿Sus hijos tienen dificultades para hacer amigos o socializar de manera apropiada?   |    |    |
| 5. ¿Es un problema encontrar cuidado temporal para su (s) hijo (s)?   |    |    |
| 6. ¿Has notado que tus propias relaciones con amigos y / o familiares se han vuelto más distantes?  |    |    |
| 7. ¿Ha notado signos de desgaste del cuidador (cambios de humor, incapacidad para relajarse, ansiedad y / o relación tensa con los demás)?      |    |    |
| 8. ¿Es importante que usted y su cónyuge disfruten de una noche solos o con amigos sin hijos?   |    |    |
| 9. ¿Siente que sus otros hijos no están teniendo suficiente tiempo con usted debido a que su hijo tiene necesidades especiales?                 |    |    |
| 10. Si tuviera la atención adecuada para su hijo con necesidades especiales, ¿usaría el tiempo para una actividad especial con sus otros hijos? |    |    |
| 11. ¿Crees que serías un mejor padre si tuvieras un descanso de vez en cuando?  |    |    |
| 12. ¿Le preocupa que, en caso de una emergencia familiar, no haya nadie con quien se sienta seguro al dejar a su hijo?                          |    |    |
| 13. ¿Te sentirías cómodo yendo a un proveedor de servicios de relevo capacitado y de buena reputación?  |    |    |
| 14. ¿Cree que los servicios de relevo serían un beneficio para usted y su familia?  |    |    |
| 15. ¿Utilizaría servicios de relevo para tener la oportunidad de "recargar su batería"?   |    |    |

**\*\*\* Si respondió "sí" a varias de estas preguntas, es probable que usted y su familia cumplan con los requisitos de necesidad médica y sean elegibles para recibir servicios de relevo.**

**Hable con su equipo infantil y familiar para agregar este servicio a su plan de tratamiento.**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Signos y Síntomas del Burnout del Cuidador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Cambios de humor, temperamento breve</li> <li>→ Cambios en la alimentación, pérdida de peso o ganancia</li> <li>→ Patrones de sueño alterados, incapacidad para descansar o relajarse</li> <li>→ Desinterés en las actividades sociales</li> <li>→ Problemas consistentes con las relaciones</li> <li>→ Desesperanza y culpa, ansiedad y miedo</li> </ul> | <p><b>Formas de evitar el agotamiento del cuidador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Reconocer los signos de estrés y agotamiento</li> <li>→ Programar tiempo personal regularmente</li> <li>→ Mantener buenos hábitos de salud</li> <li>→ Buscar cuidado de descanso para sus seres queridos</li> <li>→ Unirse a una red de apoyo para cuidadores</li> <li>→ Identificar a un confidente o hablar con un terapeuta</li> </ul> |
|---|---|



**Cliente** Preferencia de idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
**Guardián** 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: \_\_\_\_\_ AHCCCS ID: \_\_\_\_\_ Programa: **Zarephath Respite** Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO de RECUPERACION/VISION FAMILIAR de PERSONA:** Para utilizar los servicios de respire que está 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.

**INDIVIDUOS EN LA REUNIÓN DEL PLAN DE SERVICIO:**

**PRESENTANDO NECESIDADES Y ASUNTOS:**

**FORTALEZAS del INDIVIDUO** (para ser utilizado para cumplir con todos los objetivos):

**Fecha Deseada para Alcanzar los Objetivos:** \_\_\_\_\_ **Estimada tiempo de estancia:** \_\_\_\_\_

| <b>METAS IDENTIFICADAS y OBJETIVOS</b><br>(Medida actual = en una escala de 1 a 10, donde está el cliente para cumplir con este objetivo antes de la entrada en el programa)  | <b>Anterior</b> | <b>Actual</b><br>(1=pobre<br>10=perfección) | <b>INTERVENCIONES para ALCANSAR OBJETIVOS</b><br><b>Servicio Específico y la Frecuencia</b>  | <b>Deseada (+2)</b> | <b>Medida Cumplida (Si/No)</b> |
|---|-----------------|---|--|---------------------|--------------------------------|
| 1. Aumenta las habilidades sociales positivas y las interacciones entre pares en 2 puntos   |                 |   | - Respiro - frecuencia de 1 a 12 veces en un período de 90 días, que no exceda las 600 horas por año   |                     |                                |
| 2. Mejore el nivel de estrés en el entorno del hogar en 2 puntos  |                 |   | - Servicios de transporte según sea necesario  |                     |                                |
| 3. Mejorar la capacidad de completar habilidades de vida independiente por 2 puntos   |                 |   | - Entrenamiento de habilidades para la vida: según sea necesario, hasta 8 veces al mes   |                     |                                |
| 4. El cliente está actualmente en medicación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, Aumente las habilidades en la autoadministración de medicamentos para ayudar a mantener la continuidad de la atención y desarrollar habilidades de autocuidado en 2 puntos |                 |   | - (Si corresponde) Asistir en la autoadministración según lo indique la receta del médico, según la política de Zarephath 1-12 veces en un período de 90 días. |                     |                                |

**PLAN de DESCARGA** (agregue la fecha de descarga si se conoce): cuando los soportes naturales se pueden utilizar de forma segura y sin incidentes importantes. Cuando el cliente es dado de alta, el cliente continuará recibiendo servicios auxiliares en la agencia de referencia de acuerdo con la CFT. Documente cualquier información adicional, si corresponde, a continuación

Sí, estoy de acuerdo con los objetivos y servicios incluidos en mi plan de servicio y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades de los Residentes.
  No, no estoy de acuerdo con los tipos y / o niveles de algunos o todos los servicios incluidos en mi plan de servicios. Al marcar esta casilla, recibiré los servicios que he aceptado recibir y puedo apelar la decisión del equipo de tratamiento de no incluir todos los tipos y / o niveles de servicios que he solicitado. \*\*

Marque esta casilla si se dio el **CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO**; la firma se obtendrá en un contacto futuro

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ BHT \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

BHP Rev \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ AHCCCS ID#: \_\_\_\_\_ Program: **Zarephath Respite** Today's Date: \_\_\_\_\_

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

**INDIVIDUALS AT SERVICE PLAN MEETING:**

**PRESENTING NEEDS:**

**CLIENT'S STRENGTHS** (to be utilized to meet all goals):

**Target Date for Review of Progress:** \_\_\_\_\_ **Estimated Length of Stay:** \_\_\_\_\_

| IDENTIFIED GOALS and OBJECTIVES<br>(Current measure = on a scale of 1 to 10, where 1 is the client in meeting this objective prior to entry into the program.)   | Previous | Current<br>(1 = Poor, 10 = Perfect) | INTERVENTIONS to MEET OBJECTIVES<br>Specific; Services; and Frequency | Desired<br>(+2) | Measure Met<br>(Y/N) |
|--|----------|-------------------------------------|---|-----------------|----------------------|
|  |          |                                     |   |                 |                      |
| 2 Improve stress level in home environment by 2 points.  |          |                                     |   |                 |                      |
| 3 Improve ability to complete independent living skills by 2 points  |          |                                     |   |                 |                      |
| 4 Client is currently on Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <u>If YES</u> , Increase skills in the Self-Administration of Medications to help maintain continuity of care and develop self-care skills by 2 points. |          |                                     |   |                 |                      |

**DISCHARGE PLAN** (add discharge date if known): When natural supports 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. Document any additional information, if applicable, below

Yes, I agree with the goals & 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 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. \*

Check this box if **TELEPHONIC CONSENT** was given - signature to be obtained at future contact

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ BHT \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

BHP Rev \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_