



Grupo:	
Día y Hora:	
Fecha de Inicio:	

Fecha ____/____/____

Nombre: Apellido _____ Primero _____ Inic. _____

Auto Referencia

Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Usted es?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
¿Cuál es su grupo étnico? <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿Cuál es su dirección postal? _____
Calle o P.O. Box: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
¿Teléfono de casa? (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo? (____) _____ - _____
Teléfono de celular? (____) _____ - _____ Celular Proveedor para texto _____

En sus propias palabras, explique la razón por la cual usted fue mandado aquí o que circunstancias le trajo aquí:

¿A quién debemos llamar en una emergencia?

Nombre	Relación	Teléfono

¿Tiene usted alguna necesidad especial de que nos debemos dar cuenta (por ejemplo si usted no puede oír muy bien)? _____

CONTRATO DEL PROGRAMA

Este es un contrato mutuo entre Alternativas y usted. Ofrecemos nuestro tiempo y habilidades en el intercambio de la participación de usted en el programa. Favor de leer, considerar e indicar su acuerdo con firmar abajo.

Estos acuerdos se aplican a cada sesión individual y a cada reunión de clase.

LA PUNTUALIDAD

___ Estoy de acuerdo con llegar a tiempo a cada cita o clase individual. Yo entiendo que la tardanza significa interrumpir la cita o clase.

LA CONFIDENCIALIDAD

___ Estoy de acuerdo no comentar o hablar de cualquier persona que veo o conozca en el programa con ninguna persona.

Su confidencialidad es importante para nosotros y es protegido por la ley con excepción de dar reportes con su información a la corte con respecto a su participación, terminación o conclusión y divulgación asignada por mandato. La divulgación asignada por mandato significa que los que trabajan en Alternativas son mandados por la ley a divulgar información del abuso del niño, abuso de los ancianos, la amenaza del homicidio, la amenaza del suicidio y de la violencia física a otras personas.

Las clases o citas pueden ser grabadas únicamente para el propósito de la investigación y de la supervisión, y solamente con su permiso anterior.

SU PARTICIPACIÓN, LA ASISTENCIA, Y LAS CLASES FALTADAS

___ Yo estoy de acuerdo con dar 24 horas de aviso por cualquier clase o cita que falto. Entiendo que hay cobro para clases o citas faltadas y me cobraran \$25.00 más aparte el cobro de registrar en el programa. Entiendo que puedo ser terminado o que mi programa puede ser extendido para las reuniones faltadas.

COBROS

___ Yo estoy de acuerdo con pagar los cobros de la cual hablamos en la cita cuando registre en el programa. Entiendo que si no puedo pagar mis cobros me terminaran del programa y que Alternativas es requerido mandar una terminación a la corte. Si la corte me re-refiere al programa estoy de acuerdo en pagar el balance en completo, mas aparte un cobro de entrar de nuevo de \$ _____ para empezar el programa otra vez.

___ Yo estoy de acuerdo de pagar un cobro de registrar en el programa de \$ _____, \$ _____ por cada cita individual, y \$ _____ por grupo.

___ Estoy de acuerdo en participar en ___ sesiones individuales y en ___ grupos.

___ Yo he leído y firmado mi contrato que indica mis obligaciones y cobros del programa. He preguntado lo que no entiendo y me lo han explicado.

La Firma del Cliente

Fecha

La Firma del Testigo

Fecha

Grupos/Individuos	Día/Hora	Fecha de Inicio



POLIZA DE FUMAR

Nosotros animamos a toda persona que asisten a algún programa de ALTERNATIVES que dejen de fumar. Queremos que usted experimente una vida libre de cualquier adicción que probablemente le cause problemas de salud y eventualmente la muerte. Si usted está interesado en dejar de fumar nosotros haremos todo lo posible para apoyar su decisión.

Si escoge fumar le pedimos lo siguiente:

Por favor tenga en mente el impacto que el fumar tiene en todos los que le rodean. Es por eso que fumar en la propiedad de ALTERNATIVES for Better Living no es permitido. Esto incluye nuestro porche delantero, en frente del edificio y en el estacionamiento.

Siempre deshágase de sus cigarrillos. Por favor no tire las colillas en el piso. Hay un bote de basura afuera de él restauran Nations. Nosotros no queremos recoger después de usted.

El personal no está permitido fumar con ningún cliente.

Adultos no deben animar a adolescentes a entrar en conducta adictiva incluyendo fumar. Si usted es un adulto y lo vemos dando cigarrillos o fumando con un cliente menor de 18 se le puede pedir que deje el programa.

Lo más importante es que no animamos a otros a fumar y si usted sabe que alguien está intentando dejar de fumar por favor no fume enfrente de ellos.

Gracias apreciamos su cooperación.

El personal de ALTERNATIVES

Firma: _____ Fecha: _____



Pautas para La Participación en el Programa

PARTICIPACION:

Se espera que participen activamente en el programa. Por favor, deje los teléfonos celulares en el automóvil o apáguelos por completo.

NO ALCOHOL O DROGAS:

Este es un programa libre de todo tipo de drogas incluyendo alcohol. Usted no podrá beneficiar del programa si ha estado usando o bebiendo. Cualquier persona que asista bajo la influencia será pedido que se retire. No es adecuado traer alcohol, drogas, o parafernalia al programa.

ASISTENCIA:

Si usted va a asistir, por favor llegue a tiempo a fin de no perturbar a los demás participantes. Se le cobrara por grupos perdidos a menos que estos sean justificados.

TABACO:

Por favor, sea respetoso con los demás participantes y con la propiedad de nuestros anfitriones. Fume solamente fuera de la propiedad y por favor recoja sus colillas de cigarro.

VESTIMENTA:

Vista casual y cómodamente, pero en su totalidad. Por favor use camisas y zapatos. No use halter top, camisetas sin mangas o ropa que revela. No use ropa que promuevan el alcohol u otro tipo de drogas.

VIOLENCIA:

Este debe ser un ambiente seguro, cualquier tipo de violencia contra personas o propiedad dará lugar a la expulsión inmediata del programa. No se permiten armas.

RECOMENDACIONES Y QUEJAS:

Por favor, háganos saber cualquier recomendación o queja que pueda tener. Le sugerimos que hable con el personal, o de plantear la cuestión en el grupo cuando sea apropiado.

CONFIDENCIALIDAD:

La información que comparte se llevara a cabo en confianza profesional. Esto significa que el personal, ya que funcionan como un equipo, solo compartirá información entre sí para facilitar un mejor tratamiento. Las excepciones son un peligro para sí mismo u otros, maltrato infantil, abuso de adultos, uso o venta de drogas en el programa.

CONDUCTA RESPETUOSO:

Esperamos que se comporten con los demás la forma en que desea que se comporten hacia usted. El abuso verbal hacia otros participantes o hacia el personal no es apropiado y no puede permitirse.

Nombre: _____ **Fecha:** _____