

## 01 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

N.º de identificación del cliente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### **A. Acuerdo de admisión voluntaria/Consentimiento para recibir el tratamiento**

Como cliente del Santa Fe Recovery Center ("SFRC"), acepto participar en todas las actividades del tratamiento. Acepto cumplir todas las normas y reglamentos del SFRC que me comunique el personal del SFRC durante mi tratamiento. Si no cumplo con las normas y reglamentos, se me podrá expulsar de inmediato y no podré volver a ingresar en el SFRC en el futuro. Entiendo que el tiempo de mi tratamiento dependerá de qué tanto progrese en alcanzar las metas establecidas en mi plan de tratamiento.

Como cliente, tengo derecho a recibir la atención y protección adecuadas. Las leyes y reglamentos estatales y federales protegen mi confidencialidad. Tengo otros derechos, los cuales se enumeran a continuación. Tengo derecho a hacer preguntas.

- Consentimiento para recibir tratamiento: Entiendo que el consejero que se me asigne me explicará la naturaleza de las evaluaciones y el tratamiento que se me va a proporcionar, los beneficios y riesgos esperados, así como las alternativas disponibles. Entiendo que, si bien se me proporcionará una atención adecuada, no se puede garantizar la mejoría. Entiendo que es posible que se pongan en contacto conmigo en el futuro para realizar una entrevista de seguimiento. Si deseo retirarme del tratamiento en cualquier momento, mi consejero y mi administrador de casos me ayudarán con la derivación adecuada si así lo deseo.
- Confidencialidad y divulgación de información: Entiendo que la información relativa a mis contactos con el SFRC se mantendrá confidencial entre mi equipo de tratamiento para proteger mi derecho a la privacidad. Además, entiendo que dicha información no se divulgará sin mi permiso por escrito, o el de mi tutor legal, salvo en circunstancias especiales como:
  - Si amenazo con hacerme daño a mí mismo o a otra persona
  - Cuando la ley exija la divulgación de información, como la relativa a abusos, negligencia, acoso sexual o explotación de menores, adultos incapacitados, personas mayores de 65 años, o en caso de orden judicial.
  - En caso de emergencia médica
  - Dentro de los programas y el personal del SFRC
- Entiendo que tengo derecho a:
  - recibir una atención atenta que respete mi privacidad y mis necesidades individuales.
  - conocer los nombres y las funciones de todas las personas que me atienden.
  - tomar mis propias decisiones sobre la atención antes y durante el tratamiento.
  - rechazar un tratamiento o plan de atención recomendado.
  - esperar que el personal trate de forma confidencial todas las comunicaciones y registros relacionados con mi atención.
  - esperar la continuidad de la atención y que se me informe sobre las opciones que se ofrecen fuera de SFRC.
  - que se reconozcan y se tengan en cuenta debidamente mis valores espirituales y culturales.
  - revisar mis registros de evaluación y tratamiento y que se me dé la información.

- iniciar una queja formal de acuerdo con los procedimientos del SFRC.
  - rechazar las vacunas contra la gripe u otras enfermedades contagiosas. El SFRC se reserva el derecho de negar la admisión y de dar de baja a los clientes que se enfermen y sean contagiosos, hasta que estén médicamente aptos para regresar al tratamiento residencial.
- Entiendo que el SFRC utiliza un enfoque de tratamiento en equipo: esto significa que lo que comparta con el personal se registrará en notas de progreso y se compartirá con el resto del equipo de tratamiento. El personal no puede guardar secretos por mí. Entiendo que el propósito de que el personal comparta información es hacer que mi tratamiento sea constante y brindar supervisión al personal.
  - Causas para dar de baja: He revisado con un miembro del personal las siguientes causas para dar de baja del tratamiento en el SFRC y entiendo dichas causas.
    - Actos de violencia (peleas) y/o amenazas de violencia al personal y/u otros clientes
    - Posesión y/o consumo de alcohol, drogas y/o medicamentos no recetados en las instalaciones del SFRC
    - Daños y/o robo de propiedad del programa y/o del personal y otros clientes
    - Posesión de armas de fuego y/o armas de cualquier tipo durante el tratamiento
    - Comportamiento perturbador, hostil y/o amenazante hacia el personal y/u otros clientes
    - Infracciones de las normas y reglamentos del SFRC

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **B. Derechos del cliente en el tratamiento por trastornos de consumo de sustancias**

Entiendo que al recibir tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (TCS) en el SFRC, mis derechos y responsabilidades se me explicarán con la mayor claridad posible por escrito y en conversaciones con el personal. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas.

Mis derechos: El tratamiento comienza con el conocimiento de las circunstancias que le han llevado al SFRC. Se le harán preguntas rutinarias y se le pedirá que participe en una evaluación/prueba psicológica para que su consejero pueda desarrollar un plan de tratamiento específico para sus necesidades. A medida que avance el tratamiento, trabajará con su consejero para aclarar sus objetivos y desarrollar planes para alcanzarlos. Si es necesario, se puede pedir a otros miembros de la familia que participen en este proceso. Se le animará a ponerse en contacto con otras agencias para recibir servicios adicionales, como atención médica, medicamentos, vivienda, oportunidades de empleo, etc.

Los servicios del SFRC se prestan sin discriminación por motivos de raza, género, creencias espirituales, edad, orientación sexual, discapacidad, idioma o capacidad de pago. Cada cliente recibirá una copia de estos derechos. Nuestro objetivo, y también su derecho, es que reciba ayuda del personal especializado del SFRC, que utiliza tratamientos eficaces basados en evidencia para los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos concurrentes.

COMO CLIENTE, tengo derecho a:

- ser tratado con respeto y consideración; recibir una atención de calidad independientemente de mi capacidad de pago.
- recibir asesoramiento y terapia adecuados para los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de salud mental relacionados en el entorno terapéutico menos restrictivo.
- ser informado de cualquier aspecto importante de la posible o existente relación terapéutica que pueda afectar a mi decisión de iniciar o continuar una relación de asesoramiento con los servicios de tratamiento del SFRC.
- ser informado sobre los límites de confidencialidad, ya que estos pueden influir en mi decisión de continuar o limitar la relación; y a que toda la información se comparta únicamente con los consejeros o administradores de casos, o se registre en los expedientes de tratamiento confidenciales. No se proporcionará información a ninguna persona o agencia sin el consentimiento por escrito del cliente, excepto cuando lo exija la ley (por ejemplo, en casos de sospecha de abuso/negligencia de un menor o una persona mayor, una citación de registros, una emergencia médica).
- revisar mis expedientes clínicos con mi consejero.
- discutir cualquier aspecto de mi atención que me preocupe con mi consejero o su supervisor.
- ser informado, lo antes posible, del procedimiento de tratamiento propuesto, los medicamentos necesarios, las responsabilidades financieras y los resultados previstos, así como las posibles reacciones y consecuencias del compromiso.
- participar en mi plan de tratamiento.
- negarme a ser grabado en video o audio si la sesión se utiliza para la documentación y revisión de la capacitación relacionada con el programa.
- estar libre de aislamiento o restricción física o médica.
- estar libre de abuso, explotación financiera o de otro tipo, represalias, humillación o negligencia.
- saber si estoy siendo tratado con un procedimiento experimental o si estoy participando en un estudio cuyos datos puedan ser difundidos; tener la oportunidad de rechazar el tratamiento en cualquiera de estas circunstancias.
- involucrar a otros miembros de la familia en el tratamiento cuando sea apropiado.
- investigar y resolver cualquier queja o reclamación relativa a la violación de mis derechos, y no sufrir represalias por presentar una reclamación.
- acceder o ser remitido a entidades legales para obtener una representación adecuada.
- acceder a servicios de autoayuda y apoyo.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

### **C. Declaración de confidencialidad**

No divulgaré ninguna información que pueda obtener (por ejemplo, ver, leer u oír) durante y después de mi tratamiento en el SFRC. Esto incluye, entre otras cosas, la identidad y toda la información relativa al tratamiento de cualquier persona que reciba servicios o derivaciones en el centro. Sin una autorización firmada y específica del cliente, no se podrá divulgar ninguna información sobre él. Entiendo que la divulgación de cualquier información puede ser perjudicial para el centro y, lo que es más importante, para la persona. Además, entiendo que puedo ser considerado responsable de la divulgación no autorizada de cualquier información confidencial obtenida durante mi tratamiento. El SFRC me considerará responsable de cualquier daño que se produzca debido a la divulgación no autorizada de información confidencial.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **D. Consentimiento para realizarse pruebas de orina/saliva/CAS**

De acuerdo con la misión del SFRC de ofrecer un tratamiento de alta calidad, los programas y las instalaciones de SFRC están libres de drogas y alcohol. Para garantizar que su entorno de recuperación permanezca libre de drogas y alcohol, es necesario realizar pruebas de detección de drogas y alcohol como parte del proceso de admisión, que se llevarán a cabo de forma aleatoria durante el transcurso de su tratamiento. Esta información es confidencial y solo se utilizará con fines terapéuticos clínicos. Solo compartiremos esta información con su consentimiento expreso por escrito. Si no da su consentimiento para realizarse pruebas de orina/saliva/CAS, se podría rechazar o interrumpir su tratamiento.

Entiendo que mi firma en este formulario significa que doy mi consentimiento al SFRC para que me realice pruebas de detección de drogas y alcohol, y entiendo las consecuencias que conlleva negarme a someterme a dichas pruebas.

Este consentimiento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha que figura a continuación o mientras participe en un programa del SFRC.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **E. Exoneración por COVID-19**

En mi calidad de cliente del SFRC, entiendo que tengo permiso para estar en las instalaciones del SFRC, incluidos los edificios y las instalaciones al aire libre, y participar en el tratamiento por TCS ("Tratamiento") y, en reconocimiento de la confianza del SFRC en este sentido, acepto todos los términos y condiciones establecidos en el presente instrumento (la presente "Exoneración").

1. Soy consciente de la naturaleza contagiosa de las enfermedades bacterianas y virales, incluido el nuevo coronavirus de 2019, COVID-19, y del riesgo de que pueda estar expuesto o contraer COVID-19 al estar en las instalaciones de SFRC y participar en el tratamiento. Entiendo y reconozco que dicha exposición o infección puede provocar enfermedades graves, lesiones personales, discapacidad permanente, muerte o daños materiales. Reconozco que este riesgo puede ser consecuencia o verse agravado por las acciones, omisiones o negligencia de otras personas, incluidos los empleados del SFRC. Entiendo que, aunque el SFRC ha implementado medidas preventivas diseñadas para reducir la propagación del COVID-19, el SFRC no puede garantizar que no me infecte con COVID-19 mientras me encuentre en las instalaciones del SFRC y que estar en las instalaciones del SFRC puede aumentar mi riesgo de contraer **COVID-19. A PESAR DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON EL COVID-19, RECONOZCO QUE ENTRARÉ VOLUNTARIAMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL SFRC PARA SOMETERME A TRATAMIENTO CON CONOCIMIENTO DEL PELIGRO QUE CONLLEVA. POR LA PRESENTE, ACEPTO Y ASUMO TODOS LOS RIESGOS DE LESIONES PERSONALES, ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD RELACIONADOS CON EL COVID-19, QUE SURJAN DE MI ESTANCIA EN LAS INSTALACIONES DEL SFRC O DE MI PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO, YA SEAN CAUSADOS POR NEGLIGENCIA ORDINARIA DEL SFRC O DE OTRO TIPO.**

2. Por la presente, renuncio y exonero de forma expresa a SFRC y a sus responsables, directores, gerentes, empleados, agentes, afiliados, sucesores y cesionarios (en conjunto,

los "exonerados"), por lesiones, enfermedades, discapacidades, muerte o daños materiales que se deriven o sean atribuibles a mi estancia en las instalaciones del SFRC o a mi participación en el Tratamiento y a mi exposición o contagio por COVID-19, ya sea por negligencia ordinaria del SFRC o de cualquiera de los Exonerados o por cualquier otra causa. Me comprometo a no presentar ninguna reclamación de este tipo contra SFRC o cualquier otro Exonerado, y eximo y libero para siempre a SFRC y a todos los demás Exonerados de cualquier responsabilidad derivada de dichas reclamaciones.

3. Entiendo que, al firmar esta exoneración, renuncio a cualquier reclamación de cualquier tipo que se derive o sea atribuible a mi presencia en las instalaciones de SFRC o a mi participación en el tratamiento y a mi exposición o contagio por COVID-19, incluidas aquellas reclamaciones que puedan ser desconocidas para mí o que no sospeche que existan en este momento.

4. Estoy familiarizado con las leyes, órdenes, directivas y directrices federales, estatales y locales relacionadas con la COVID-19, incluidas las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) sobre COVID-19 y las prácticas comerciales seguras contra COVID del estado de Nuevo México. Cumpliré con todas esas órdenes, directivas y pautas mientras me encuentre en las instalaciones del SFRC, incluyendo, entre otras, los requisitos relativos a la higiene de manos, el distanciamiento social y el uso de cubrebocas. También seguiré todas las instrucciones del SFRC mientras me encuentre en sus instalaciones. Acepto no ingresar a las instalaciones del SFRC si presento síntomas de COVID-19 (como tos, dificultad para respirar o fiebre, u otros síntomas de COVID-19), tengo un caso confirmado o sospechoso de COVID-19, o he estado en contacto en los últimos 14 días con una persona que ha sido confirmada o sospechosa de tener COVID-19.

5. Defenderé, indemnizaré y eximiré de responsabilidad a SFRC y a todos los demás Exonerados frente a cualquier pérdida, daño, responsabilidad, deficiencia, reclamación, acción, sentencia, acuerdo, interés, indemnización, sanción, multa, costo o gasto de cualquier tipo, incluidos los honorarios de abogados, tasas, los costos de hacer valer cualquier derecho de indemnización en virtud de la presente Exoneración, y el costo de reclamar a cualquier proveedor de seguros, en que incurra o se le imponga a SFRC o a cualquier otra parte exonerada en una sentencia definitiva, que se derive o resulte de cualquier reclamación de un tercero relacionada con COVID-19 debido a mi participación en el Tratamiento o a mi presencia en las instalaciones del SFRC, incluida cualquier reclamación relacionada con mi propia negligencia o la negligencia ordinaria del SFRC.

6. La presente Exoneración constituye el acuerdo único y completo entre SFRC y mi persona con respecto al objeto del mismo y sustituye a todos los acuerdos, compromisos, declaraciones y garantías anteriores y contemporáneos, tanto escritos como verbales, con respecto a dicho objeto. Si cualquier término o disposición de esta Exoneración es inválido, ilegal o inaplicable en cualquier jurisdicción, dicha invalidez, ilegalidad o inaplicabilidad no afectará a ningún otro término o disposición de esta Exoneración ni invalidará o hará inaplicable dicho término o disposición en cualquier otra jurisdicción. Esta Exoneración es vinculante y redundará en beneficio de SFRC y de mí, así como de nuestros respectivos sucesores y cesionarios. Todas las cuestiones que surjan o estén relacionadas con esta Exoneración se regirán e interpretarán de conformidad con las leyes del estado de Nuevo México, sin que tengan efecto las disposiciones o normas sobre elección o conflicto de leyes (ya sean del estado de Nuevo México o de cualquier otra jurisdicción). Cualquier reclamación o causa de acción que surja en virtud de la presente Exoneración solo podrá presentarse ante los tribunales federales y estatales ubicados en el condado de Santa Fe, Nuevo México, y por la presente acepto la jurisdicción exclusiva de dichos tribunales.

**AL ACEPTAR Y FIRMAR, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTA EXONERACIÓN Y QUE RENUNCIO POR VOLUNTAD PROPIA A DERECHOS LEGALES SUSTANCIALES, INCLUIDO EL DERECHO A DEMANDAR A SFRC.**

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **F. Consentimiento para ser tratado por un médico sin licencia independiente**

Doy mi consentimiento para recibir asesoramiento individual y grupal por parte de un médico sin licencia independiente. Entiendo que un médico con licencia independiente supervisa a mi consejero y que este puede atender cualquier duda que me surja en relación con mi tratamiento.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **G. Consentimiento del cliente para el programa de telesalud**

Acepto participar en el programa de telesalud del SFRC con el fin de someterme a exámenes, evaluaciones y tratamientos en el SFRC. Para participar en el programa de telesalud, debo cumplir con las normas y reglamentos del SFRC. Autorizo la transmisión electrónica de mi información médica y clínica y de las sesiones de videoconferencia para poder comunicarme con un médico, un profesional clínico y otras personas que participan en mi atención médica y mi recuperación. [**Nota:** La probabilidad de que esta transmisión sea interceptada por personas ajenas al sitio de consulta es extremadamente baja].

Entiendo que puedo retirar mi permiso para participar en el Programa de telesalud en cualquier momento y que no tengo que responder a ninguna pregunta que considere inapropiada o que no desee que otras personas escuchen. Comprendo que, si decido no participar en una sesión de telesalud, no se tomará ninguna medida en mi contra que pueda retrasar mi atención y que podré seguir acudiendo a consultas presenciales.

Comprendo que, al igual que cualquier otra tecnología, la telesalud tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que la participación en una sesión de telesalud elimine la necesidad de acudir a un especialista en persona.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_

#### **Declaración del cliente**

Con mi firma, declaro que he comprendido todas las declaraciones anteriores.

Este consentimiento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha que figura a continuación o mientras participe en un programa del SFRC.

\_\_\_\_\_

Firma del cliente o tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

