

LUK, Inc.

545 Westminster Street
Fitchburg, MA 01420

Todos los programas

Consentimiento al Servicio y Reconocimiento de Recibo de Las Políticas de L.U.K.

Nombre del cliente:

Número de agencia:

Nombre del programa:

Fecha de admisión:

He discutido la siguiente información con el personal:

- Seré un participante activo en todas las decisiones de servicio
- Se me proporcionarán servicios de una manera respetuosa, no amenazante, y que apoye mis derechos de voz y elección
- Puedo solicitar revisar mi cuidado, tratamiento o plan de servicio
- Puedo rechazar cualquier servicio, tratamiento o medicamento, a menos que lo exija la ley u orden judicial
- Se me informará sobre las consecuencias de tales negativas al servicio, tratamiento y/o medicación, que pueden incluir
- He sido informado de los riesgos y beneficios del servicio
- He sido informado de servicios alternativos.
- He sido informado de la duración prevista del servicio

Cliente adulto: Al firmar a continuación estoy dando mi consentimiento para recibir el servicio de _____ de LUK, Inc. Yo mantengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Cliente menor (requerido para mayores de 12 años): Al firmar a continuación estoy aceptando recibir el servicio de: _____

Padre/Tutor: Doy mi consentimiento para que mi hijo(a)/el niño para quien soy tutor, nombrado anteriormente, reciba: _____ servicio de LUK, Inc. Tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

*Los consentimientos anteriores serán válidos hasta **un año** a partir de la fecha de firma.*

Firma del Cliente/Participante

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Papel

Fecha

Firma del personal

Fecha

Si la firma no se obtiene, la razón debe enumerarse a continuación:

He recibido y he sido informado de las siguientes políticas y procedimientos y entiendo que soy libre de hacer preguntas en cualquier momento a lo largo de **mi servicio:**

Persona
Servida/Inicios de Padre/Tutor

Aviso de prácticas de privacidad

Política y Procedimientos de Confidencialidad

Política de Enfermedades Transmisibles

Política de Examen Físico (Servicios de Abuso de Sustancias Sólo)

Instalación- Plan Específico de Evacuación de Emergencia (LUK Servicios basados en instalaciones solamente)

Folleto/Manual del programa

Instrucciones después de las horas

También entiendo que este reconocimiento se colocará en mi expediente.

Firma del Cliente/Participante

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Papel

Fecha

Firma del personal

Fecha

YO NO autorizo a mi hijo a ir y venir del programa por su cuenta.

Si recibe servicios basados en el hogar o en la comunidad:

Si no estoy presente en mi hogar/ apartamento cuando mi hijo es dejado, **I DO / NO** (*por favor, círculo e initial*) dar permiso para LUK personal para dejar a mi hijo en mi hogar/ apartamento sin supervisión de adultos.