



## HOJA DE INFORMACION PERSONAL

Proporcione toda la documentación requerida. Por favor, no deje espacios en blanco. Toda la información se mantiene en estricta confidencialidad y no puede divulgarse sin su permiso.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Contacto Mejor: \_\_\_\_\_  
 Como escuchaste sobre nuestro Programa?: \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Transgénero \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Número de Dependientes: \_\_\_\_\_ Años de Educación: \_\_\_\_\_  
 Licencia de California # \_\_\_\_\_ Licencia de fuera del Estado # \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Ingreso Mensual Bruto: \$ \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Cual fue la corte que lo envió (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Caso # \_\_\_\_\_  
 Día en que fue arrestado (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Contenido de Alcohol en su sangre: \_\_\_\_\_ %  
 Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ Telé de Abogado \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Enrollment or Reinstatement Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intake Type: \_\_\_\_\_  
 SB1176: \_\_\_\_ AB-541 3 Mo: \_\_\_\_ AB-541 4 Mo: \_\_\_\_ AB-762 6 Mo: \_\_\_\_ AB-1353 9 Mo: \_\_\_\_ SB-38 18 Mo: \_\_\_\_ SB-38 12 Mo: \_\_\_\_ Other: \_\_\_\_  
 Group Start Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ed Start Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Group Assignment: \_\_\_\_\_  
 Total Fees: \$ \_\_\_\_\_ Downpayment: \$ \_\_\_\_\_ Payment of: \$ \_\_\_\_\_ Per: Week \_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Other \_\_\_\_  
 Payment Method: Cash \_\_\_\_\_ Check# \_\_\_\_\_ Money Order# \_\_\_\_\_ Credit Card / Debit Card (last 4 digits): \_\_\_\_\_



**ENTRADA: Valoración Personal del Alcohol/Drogas**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor responda todas las siguientes preguntas. Toda la información se mantiene en estricta confidencialidad y no puede divulgarse sin su permiso.

1. Cuantos años tenía cuando probó por primera vez una bebida alcohólica o alguna droga? \_\_\_\_\_
2. Qué edad tenía cuando se emborracho o se intoxicó la primera vez? \_\_\_\_\_
3. Cuantos años lleva bebiendo alcohol o usando drogas? \_\_\_\_\_
4. Con que frecuencia bebe alcohol o usa drogas? \_\_\_ Diario \_\_\_ Cada Semana \_\_\_ Mensualmente \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_
- 5.Cuál es el deseo que provocan el alcohol o el uso de drogas en usted? \_\_\_\_\_
6. Cuando fue la última vez que ingirió bebida alcohólica o el uso de drogas? \_\_\_\_\_ y Cuánto? \_\_\_\_\_
- 7.Cuál es la situación o motive que hacen que busque el alcohol o las drogas? \_\_\_\_\_
8. Ha tenido momentos en los que no recuerda eventos, durante y después de haber estado bebiendo? (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_
9. Ha tenido algún problema directamente relacionado con su forma de beber o usar drogas? \_\_\_\_\_
- 10.Cuál es su salud en general? \_\_\_\_\_
11. Cree que tiene problemas con su forma de beber o usar drogas que impactan su vida? \_\_\_\_\_
12. De qué manera el beber o usar drogas le han causado problemas? \_\_\_\_\_
13. Piensa usted que el ingerir bebidas alcohólicas o tomar drogas son adictivas? \_\_\_\_\_
- 14.Cuál fue su Nivel de Alcohol en la Sangre en el momento en que fue arrestado? \_\_\_\_\_ Piensa usted que se encontraba control en el momento de su arresto? \_\_\_\_\_
15. En este momento está bajo la prescripción de algún medicamento? \_\_\_ Qué tipo de medicina? \_\_\_\_\_
16. Ha comprado drogas en la calle? (cocaína, metanfetaminas, marihuana) \_\_\_ Cuá? \_\_\_\_\_
17. En este momento está consumiendo drogas? \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_
18. Ha consultado con un consejero (matrimonial o individual para el consume de alcoholismo o uso de drogas)? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_
19. Ha considerado o le han sugerido atender a AA/NA? \_\_\_ Está asistiendo ahora?? \_\_\_\_\_
20. Hay en su familia algún adicto al alcohol o al uso de drogas? \_\_\_ Quien? \_\_\_\_\_
21. Historia legal? (actual) \_\_\_\_\_ (Pasado) \_\_\_\_\_
22. Su edad?? \_\_\_\_\_
23. En este momento se encuentra trabajando?? \_\_\_\_\_

**AOD RESULTADOS A DISCUTIR CON EL PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Consejero: \_\_\_\_\_

# EVALUACIÓN ELEMENTAL PARA EL USO/ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL

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

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas pertenecen a su uso de alcohol y otras drogas. Sus respuestas serán confidenciales. Marque la respuesta que conforma lo mejor. Responda a la pregunta en términos de su experiencias **en los últimos seis meses.**

*Durante los seis meses pasados...*

1. Ha usado alcohol u otras drogas, como vino, cerveza, licor/aguardiente; marihuana; cocaína; heroína, u otras drogas de opio; los estimulantes; los sedantes; los alucinógenos; ¿o los inhalantes en los últimos seis meses?

Sí       No

2. Ha sentido que usa alcohol y/u otras drogas con exceso **en los últimos seis meses?**

Sí       No

3. Ha tratado de dejar o limitar el uso de alcohol y otras drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

4. Ha buscado ayuda de cualquier persona u organización por su manera de beber alcohol o usar drogas, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, consejeros o programa de tratamiento en los últimos seis meses?

Sí       No

5. Ha tenido algunos problemas de salud **en los últimos seis meses?**

- No recuerda lo que se dijo o hizo mientras estaba bajo la influencia?
- Se ha lastimado la cabeza después de beber alcohol o usar drogas?
- Ha tenido convulsiones, temblores y/o alucinación causadas por querer dejar el alcohol ("DT's")?
- Ha tenido algún tipo de hepatitis o otra enfermedad del hígado?
- Te sentiste enfermo, tembloroso o deprimido cuando te detuviste?
- Ha tenido sensaciones como gatear (o gatear) debajo de su piel después de dejar de usar drogas?
- Se ha lastimado después de usar alcohol o drogas?
- Ha usado inyecciones o agujas para drogas?
- Alucinaciones experimentadas?

Si es así, antes de usar drogas  ?      Después del uso de drogas  ?

6. Ha tenido problemas con su familia o amistades por causa de usar drogas o su manera de beber alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí       No

7. Ha tenido problemas en el trabajo o escuela por causa del alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

## SIMPLE ASSESSMENT TOOL FOR AOD ABUSE, PAGE 2

8. Además de este DUI presente, ¿ha sido arrestado o tuvo otros problemas legales, como botar cheques sin fondos, conducir en estado de ebriedad, robo o posesión de drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

9. Ha perdido su temperamento y/o se ha metido en pleitos cuando está usando alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

10. Necesita usted beber más y más alcohol o usar más y más drogas para conseguir el mismo efecto que usted quiera **en los últimos seis meses?**

Sí       No

11. Esta usted preocupado o pensando mucho de usar alcohol y/o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

12. Cuando usando alcohol y/o drogas, es más probable que usted haga más cosas que no hace normalmente? Como quebrar las reglas, cometer un desafuero o crimen, ¿vender objetos que son importantes para usted, o tener sexo sin protección con alguien **en los últimos seis meses?**

Sí       No

13. Se siente mal o culpable a veces por usar drogas y/o el modo en que consume alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí       No

### Las preguntas siguientes pertenecen a sus experiencias total (epoca de su vida).

14. Ha tenido alguna vez un problema con alcohol y/o otras drogas??

Sí       No

15. Algún miembro de su familia ha tendido problemas con alcohol y/o otras drogas??

Sí       No

16. Piensa que tiene un problema con alcohol y/o drogas ahora??

Sí       No

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Discusión: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Piense de las 12 horas antes de su DUI.** Lea las siguientes preguntas y coloque una marca junto a la respuesta apropiada. Para algunas de las preguntas usted puede tener más de una respuesta.

1. Que le llamaría a las **12 horas** antes de su arresto de **DUI**?
  - A. Un día extraño.
  - B. Un día usual.
  
2. Durante que horas empeco a beber?
  - A. En la mañana: 8 AM a mediodía
  - B. Tarde: mediodía a 4 PM
  - C. Tarde: 4 PM a 9 PM
  - D. En la noche: 9 PM to 12
  - E. Madrugada: medianoche a 8 AM
  
3. En donde bebí?
  - A. Bar
  - B. Casa
  - C. Casa del amigo
  - D. Oficina
  - E. Automóvil
  - F. Otra \_\_\_\_\_
  
4. Con quien bebí?
  - A. Esposo(a)
  - B. Otros familiares
  - C. Amigos(as)
  - D. Extraños
  - E. Solo
  
5. Que bebí?
  - A. Cerveza
  - B. Vino
  - C. Whisky, Vodka, O Ginebra
  - D. Cóctel
  - E. Otra \_\_\_\_\_
  
6. Aproximadamente cuanto bebí durante el tiempo?
  - A. 1-2 bebidas
  - B. 3-4 bebidas
  - C. 5-6 bebidas
  - D. 7-10 bebidas
  - E. 11 bebidas o mas
  
7. Porque lo paró la policía?
  - A. Violación de tráfico
  - B. Un defecto en su automóvil
  - C. Accidente
  - D. Otra \_\_\_\_\_

**ENTREGAR**

8. Cuando fue arrestado?

- A. En la mañana: 8 AM a mediodía
- B. Tarde: mediodía a 4 PM
- C. A tardeser: 4 PM a 8 PM
- D. En la noche: 9 PM a 12 AM
- E. Madrugada: medianoche a 8 AM

9. Cual fue la ocasión porque bebio?

- A. Celebración
- B. Despues del trabajo
- C. Tragedia
- D. Negocio
- E. Ninguna

10. Porque bebio?

- A. Soledad
- B. Enojado(a)
- C. Escapar
- D. Enfadado
- E. Por ninguna razon
- F. Contento (alegre)

11. Que culpable es usted por los eventos que llevaron a cargo por su arresto?

- A. No soy culpable de nada
- B. Soy culpable un poco
- C. Soy algo culpable
- D. Yo soy culpable por la mayor parte
- E. Yo soy culpable por todo

12. Usted piensa que su arresto fue justo?

- A. No fue justo para nada
- B. Fue justo un poco
- C. Algo justo
- D. Justo la mayor parte
- E. Justo por todo

13. Cual es la posibilidad de que usted sea arrestado otra vez con un **DUI** en un año?

- A. Ninguna posibilidad
- B. Posible

14. Que dificil va a ser para que usted cambie su comportamiento que llevo a cargo a su aresto?

- A. Muy fácil
- B. Un poco fácil
- C. Un poco dificil
- D. Dificil
- E. Muy dificil

15. Que valioso piensa que va a ser este curso para usted?

- A. No va a ser valioso para nada
- B. Un poco valioso
- C. Justamente valioso
- D. Valioso
- E. Extremadamente valioso

**Información de Alcohol Examen Pre/Post**

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

Responda **Verdadero o Falso** a las siguientes preguntas colocando un **cheque** en la casilla correspondiente.

1. Alcohol es una droga  
 Verdadero  Falso
2. El alcohol es un estimulante. Tiene tendencia de dar energía a la persona.  
 Verdadero  Falso
3. Esas personas que viven o trabajar juntos con un alcohólico se convierten y enferman como el alcohólico.  
 Verdadero  Falso
4. Una persona puede morir de intoxicación alcohólica.  
 Verdadero  Falso
5. El licor tomado recto va a afectar a la persona más rápido que el licor mesclado con agua.  
 Verdadero  Falso
6. Usted puede recuperar más rápido cuando toma café negro y remojando su cabeza en agua fria.  
 Verdadero  Falso
7. Cualquier persona que tome es probable un alcohólico.  
 Verdadero  Falso
8. Hay ciertos síntomas para avisar a una persona que su tomadora puede ser causar a ser alcohólico.  
 Verdadero  Falso
9. Una persona es alcohólica cuando él o ella continua a tomar a un qué haiga tenido heridas relacionada a alcoholismo.  
 Verdadero  Falso
10. Alcoholismo es una enfermedad de emociones (sentimientos).  
 Verdadero  Falso
11. Nadie sabe que causa a una persona ser alcohólica.  
 Verdadero  Falso
12. Si no sabemos que causa ser un alcohólico, pues no podemos a ser nada para ayudar al alcohólico.  
 Verdadero  Falso
13. Muchos alcohólicos ni saben que son alcohólicos.  
 Verdadero  Falso
14. Hoy es más aceptado socialmente ser un alcohólico que antes.  
 Verdadero  Falso
15. Una persona de diez años puede ser un alcohólico.  
 Verdadero  Falso
16. Cualquier persona que tome menos de una pinta no puede ser un alcohólico.  
 Verdadero  Falso
17. Usted no puede ser un alcohólico si nada más toma cervezas.  
 Verdadero  Falso
18. Tomando alcohol es daño para todos sus órganos de su cuerpo.  
 Verdadero  Falso
19. Los alcohólicos tienen el derecho perfecto de beber, ya que solo se lastiman a sí mismos.  
 Verdadero  Falso
20. Los alcohólicos por la mayor parte toman en la mañana.  
 Verdadero  Falso
21. Los alcohólicos que toman siempre tienen más problemas que esos que toman socialmente.  
 Verdadero  Falso
22. Esos alcohólicos que verdaderamente son están perdidos toman a todas horas.  
 Verdadero  Falso
23. El alcohol agudo a personas manejar las tensiones de la vida.  
 Verdadero  Falso
24. Alcohol, como cáncer, es más fácil de recuperar si es diagnosticar y tratado es las primeras fases.  
 Verdadero  Falso
25. A aunque no hay cura de alcohol, puede ser arrestado en los cases comunes.  
 Verdadero  Falso

## ***Conducción bajo el influencia (DUI) programa inscripción participante información/informado consentimiento y acuerdo***

---

Servicios de programa DUI en California deben ser completados por el Departamento de salud servicios (DHCS) licenciadas programa DUI. Salud de California y el código de seguridad (HSC), División de 10.5, parte 2, capítulo 9, sección 11836 establece la DHCS como teniendo la autoridad exclusiva de licencia programas de DUI para proporcionar servicios de recuperación de alcohol o drogas a una persona cuya licencia de conducir ha sido administrativo suspendido o revocado, o que es culpable de una violación de la Sección 23152 ó 23153 del código de vehículo (VC) y admitido a un programa en virtud de la sección 13352, 23538, 23542, 23548, 23552, 23556, 23562, o 23568 del código del vehículo.

En virtud del título 9, código de regulaciones de California (CCR), capítulo 3, sección 9848, un programa DUI puede inscribirse a cualquier persona que presente documentación el Tribunal o el DMV verificando su detención o la condena por una infracción de DUI especificada en la Sección HSC 11836 como se hace referencia anteriormente. Para asegurar la matrícula oportuna programa, DHCS permite a varios tipos de documentos generados por el Tribunal o el DMV. (Véase DHCS aceptable inscripción documento matriz)

Aunque DHCS licencias servicios del programa DUI, requisitos del programa dependen en última instancia delitos especificados en el código de vehículos de California e interpretado por el Departamento de vehículos motorizados de California (DMV)-obligatorio acción unidad (MAU), junto con el Tribunal de condena.

Al matricularse en un programa DUI tras detención por un delito DUI antes de una convicción, el programa DUI afiliaremos en el tipo de programa más apropiado basado en la información contenida en los documentos de inscripción se presente junto con cualquier adicional información que pueda proporcionar en ese momento. DHCS le anima a en contacto con el DMV MAU en (916) 657-6525 si usted tiene preguntas/preocupaciones específicas al tipo de programa DUI en última instancia, se le pedirá para completar.

Por favor nota, siguiendo su matrícula inicial del programa DUI puede haber casos en MAU de que el DMV revisión de su historia de coche ofensa DUI o procedimiento judicial puede requerir una modificación del programa de tipo que son/eran inicialmente inscritos en. En todos los casos, usted es financieramente responsable por todos los servicios de programa DUI recibieron o incurridos durante su inscripción en un programa DUI. (Cargos de servicio de programa adicionales se identifican en el contrato de participante revisará y firmar en el momento de la inscripción del programa DUI)

El siguiente consentimiento/contrato y documentos de inscripción requerido deben terminados y colocados en el archivo de participante como exige la CCR, título 9 requisitos. Como con todos los documentos producidos durante su DUI programa inscripción y participación, se recomienda conservar copias para sus registros.



# Consentimiento Informado y Acuerdo

## Información del participante

Nombre del participante (Impresión) \_\_\_\_\_ **Inscripción:**  
 Pre condena       Post condena

Dirección (Ciudad, Estado, Zip) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Licencia de conducir o número X \_\_\_\_\_

## Verificación obligatoria de la Unidad de Acción

Tipo de programa \_\_\_\_\_ BAC \_\_\_\_\_ Condenas anteriores \_\_\_\_\_

Participante Llamado MAU       Programa llamado MAU       Sin llamada a MAU

Fecha de violación \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Representante de MAU \_\_\_\_\_

## Acuerdo

\* Verificar leído y entender la información que me proporciona en el documento de consentimiento informado y de acuerdo con respecto a mi inscripción de programa DUI. Soy consciente en algunos casos el DMV-MAU o tribunal podrá modificar más adelante mi tipo de servicio del programa y en todos los casos, soy financieramente responsable por todos los servicios de programa DUI recibidos.

Una cuota de "Transferencia en" o "Reintegro" puede incurrir si una modificación del tipo de programa que es/era inicialmente inscrito en cambios.  
(Inicial) \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del personal del programa (impresión) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA LA LIBERACION/ DIVULGACION DE ARCHIVOS CONFIDENCIALES**

Yo, \_\_\_\_\_, por esta autorización doy mi permiso/consentimiento y  
(Nombre del Acusado/Participante)

extiendiendo poder a, **Jackson-Bibby Awareness Group** (de aquí en adelante referido como “el  
(Nombre del Programa)  
programa”) para revelar o exponer información y/u archivos pertenecientes a mi participación a los siguientes:

- El Departamento De Vehículos Motorizados (DMV)
- El Departamento De Programas De Alcohol Y Drogas Del Estado
- La Oficina De Programas De Alcohol Y Drogas Del Condado
- Sucursales, Agencias, Departamentos y/o Divisiones del Sistema Judicial
- Mi propio Abogado/Representante
- Mi propio Doctor/Médico

El propósito y la necesidad por la divulgación de información en la presente autorización es para notificar y asistir en la determinación de mi estado/condición, progreso, asistencia y/o cumplimiento o conformidad con las provisiones, condiciones, y requisitos de mi participación en el programa. Esta divulgación será limitada a la información y/u archivos tocante a mi progreso y participación en el programa.

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por el firmante (es decir, por mi firma o la firma de mi representante que aparece abajo) en cualquier tiempo con excepción al extento que una acción ha sido tomada/divulgada en confianza en esta autorización. Si no ha sido revocada anteriormente, se terminará noventa (90) días después de que mi participación se ha cumplido. Yo tambien entiendo que aunque los códigos (Códigos Civil de California §56.11 Y §5615, y las Regulaciones Federales CFR §2.31) gobiernan la información y/u archivos confidenciales, se pueden dar o divulgar sin mi permiso o autorización en conformidad con la ley federal o estatal en las siguientes circunstancias:

- De acuerdo con una órden judicial a una persona para que comparezca en juicio con documentación u otros elementos probatorios, o que testifique en juicio.
- Para reportar malos tratos y abusos deshonestos contra niños y/o personas de edad.
- Para reportar a un individuo que este en peligro de si mismo u otra persona.
- Para reportar el intento de cometer un crimen en las instalaciones del programa o en contra de los empleados o personal del programa.

Una fotocopia, facsimile o copia duplicado de esta autorización será valido como original.

Firma Del Participante: _____	Fecha: _____
-------------------------------	--------------

Yo, \_\_\_\_\_, tambien autorizo a **Jackson Bibby Awareness Group**

divulgar la información a mi representante designado.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Esta información será limitada a pagos, plan de servicios, o en causa de emergencia, para la necesidad de facilitar tratamiento. Los mismos códigos del estado y las regulaciones federales antes nombradas gobiernan esta autorización, y esta autorización se termina al mismo tiempo.

Firma Del Participante: _____	Fecha: _____
Firma Del Testigo: _____	Fecha: _____



## Acuerdo de Servicios Virtuales

Estimado Cliente,

SE DEBE ENTENDER QUE ESTAS REGLAS Y REGULACIONES QUE RIGEN ESTE CONTRATO SON ESTABLECIDAS POR EL CONDADO DE SAN BERNARDINO, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL-SERVICIOS DE ALCOHOL Y DROGAS, Y POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE CALIFORNIA. EL PAPEL DEL "PROGRAMA" ES ASEGURAR QUE CADA PARTICIPANTE CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. EL PARTICIPANTE ACEPTA RESPETAR DICHAS REGLAS.

Nos complace ofrecer Servicios Virtuales como una alternativa a asistir a un programa de DUI en persona. Tenga en cuenta que ambos servicios, en persona y virtuales, están disponibles para asistir. Un participante puede elegir tomar solo servicios virtuales, en persona o una combinación híbrida de ambos. Un participante puede cambiar entre los tipos de servicios durante el programa para adaptarse a su horario.

### REGLAS DEL PROGRAMA / RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE

Los Servicios Virtuales le permitirán asistir a sus clases de DUI con un consejero certificado a través de la plataforma de reuniones virtuales Zoom. Para participar en los Servicios Virtuales, debe:

- Firmar la Carta de Servicios Virtuales y devolverla al Grupo de Conciencia Jackson-Bibby Inc. al correo electrónico según su ubicación:
  - Redlands: [redlands.admin@jacksonbibby.com](mailto:redlands.admin@jacksonbibby.com)
  - Victorville: [victorville.admin@jacksonbibby.com](mailto:victorville.admin@jacksonbibby.com)
- Registrarse con anticipación para la sesión a través de un enlace por correo electrónico que se le enviará antes de la sesión programada.
- Para recibir crédito por la sesión, debe:
  - Registrarse con su nombre completo tal como nos lo proporcionó al momento de la inscripción. No se otorgará crédito si se ingresan alias u otros nombres en Zoom.
  - Asegurarse de haber pagado su sesión virtual por adelantado. Actualmente, solo se aceptan pagos con tarjeta de crédito o débito, y se pueden realizar por teléfono con anticipación.
  - Estar en la reunión virtual a la hora de inicio proporcionada. Se recomienda llegar al menos 10 minutos antes para asegurarse de que el programa esté descargado y que todos los altavoces y micrófonos funcionen.
  - Asistir a la sesión en una habitación privada, libre de distracciones.
  - Permanecer durante toda la sesión y participar cuando se le llame.
  - Si intenta unirse a la sala de Zoom después de la hora programada de inicio, no se le permitirá ingresar y será marcado como ausente.

### CONECTIVIDAD / ASISTENCIA

Si tiene problemas de conectividad o asistencia, comuníquese con la oficina donde está inscrito por teléfono o correo electrónico. Su información es la siguiente:

- Redlands: [redlands.admin@jacksonbibby.com](mailto:redlands.admin@jacksonbibby.com) / Teléfono (909) 792-6925
- Victorville: [victorville.admin@jacksonbibby.com](mailto:victorville.admin@jacksonbibby.com) / Teléfono (760) 241-3300

Se requiere cierta tecnología para participar en este programa. **Debe tener una computadora, tableta o teléfono con micrófono, altavoces y cámara funcionales (para reuniones en video)**. También debe poder descargar el software gratuito de Zoom en una computadora o la aplicación de Zoom en una tableta o teléfono.

Usted es responsable de tener dispositivos funcionales y una conexión confiable a Zoom a través de internet o servicio celular. Si se desconecta, vuelva a ingresar a la reunión de Zoom tan pronto como sea posible. Si no puede volver a unirse de inmediato, deberá enviar un correo electrónico a la oficina describiendo por qué se

desconectó. Si no puede volver a unirse de inmediato, no se le dará crédito por la clase. Se puede otorgar un permiso de ausencia si puede proporcionar documentación que demuestre que perdió el servicio tanto de internet como celular durante el tiempo de su grupo. Se aplicará una tarifa por permiso de ausencia. Si no puede proporcionar documentación o no vuelve a unirse al grupo de inmediato, será marcado como ausente y se aplicará una tarifa por ausencia.

**SOBRIEDAD / ABSTINENCIA DEL PROGRAMA**

Todos los participantes del Programa deben cumplir con las regulaciones de sobriedad del Programa según lo definido en la Subsección 9874 del Título 9 del Código de Regulaciones de California.

Esto queda a discreción del consejero y los administradores. Esto incluye, pero no se limita a: un participante que tenga un habla anormalmente arrastrada; evidencia visual de que el participante ingirió drogas o alcohol; y un participante que admita estar bajo la influencia de drogas o alcohol. Si se determina que está bajo la influencia, no se le otorgará crédito por la sesión y estará sujeto a la terminación del programa.

El programa de DUI determinará si el participante está bajo la influencia de drogas o alcohol mediante: exigir al participante que se someta a pruebas con un dispositivo químico diseñado para determinar si una persona está bajo la influencia o si dos o más miembros del personal documentan el comportamiento en el expediente del programa del participante. Título 9 Sección 9874 (c) (2).

Si el programa de DUI determina que el participante está bajo la influencia de drogas o alcohol, se le informará al participante que puede obtener una prueba de drogas por su propia cuenta para refutar la determinación. Título 9 Sección 9874 (e) (1). Si el participante elige obtener un análisis de drogas, debe realizarlo un laboratorio clínico licenciado por el Departamento de Servicios de Salud y debe realizarse dentro de las 24 horas posteriores a la determinación del programa de DUI de que el participante estaba bajo la influencia.

**TERMINACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA**

Un participante será dado de baja y remitido al Tribunal/Libertad Condicional de sentencia por las razones descritas en su contrato. Además, un participante será dado de baja por no cumplir con las políticas y procedimientos descritos en este Acuerdo de Servicios Virtuales.

**ACUERDO**

Lea la política de privacidad en la página siguiente y firme donde se indica. Devuelva la página firmada por correo electrónico a la dirección de correo electrónico mencionada anteriormente. Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico o comuníquese con el gerente de la ubicación de su programa. Este Acuerdo de Servicios Virtuales no anula el contrato que ha firmado, solo complementa las reglas y regulaciones.

He leído y acepto el Acuerdo y la Política de Servicios Virtuales de Jackson-Bibby Awareness Group, Inc.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente – Escrito en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico Actual

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Consejero – Escrito en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Política de Privacidad para Servicios Virtuales

Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. proporcionará Servicios Virtuales utilizando la plataforma de reuniones virtuales Zoom. Para participar en reuniones de Zoom, debe leer y aceptar la Política de [Privacidad de Zoom](#).

Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. continuará manteniendo la confidencialidad según se establece en nuestra Política de Confidencialidad. Los clientes también estarán sujetos al Acuerdo de Confidencialidad firmado al momento de la inscripción.

Para participar en los Servicios Virtuales, firme la autorización a continuación y envíe la página firmada por correo electrónico a:

- Redlands: [redlands.admin@jacksonbibby.com](mailto:redlands.admin@jacksonbibby.com)
- Victorville: [victorville.admin@jacksonbibby.com](mailto:victorville.admin@jacksonbibby.com)

---

### Autorización para Servicios Virtuales

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_, acepto participar en los Servicios Virtuales en Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. Entiendo que se requiere tecnología específica para participar, y certifico que tengo acceso a la tecnología requerida. Además, he leído y entiendo la política de privacidad de Zoom. Para recibir crédito por la sesión, entiendo que debo cumplir con las políticas descritas en el Acuerdo de Servicios Virtuales.

He leído y acepto la Política de Privacidad de Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. y Zoom.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente – Escrito en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico Actual

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Consejero – Escrito en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Formulario de consentimiento informado por correo electrónico / mensajes de texto del cliente

### 1) Riesgo de usar correo electrónico / mensajes de texto

- a) La transmisión de información del cliente por correo electrónico y/o mensajes de texto tiene una serie de riesgos que los clientes deben considerar antes del uso de correo electrónico y/o mensajes de texto. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:
- b) El correo electrónico y los textos pueden circular, reenviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, y transmitirse a personas o destinatarios no deseadas
- c) Los remitentes de correo electrónico y de texto pueden desviar fácilmente un correo electrónico o mensaje de texto y enviar la información a un destinatario no deseado.
- d) Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos y textos incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
- e) Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar los correos electrónicos enviados a través de los sistemas de su empresa.
- f) Los correos electrónicos y textos pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- g) El correo electrónico y los mensajes de texto pueden usarse como evidencia en la corte.
- h) Los correos electrónicos y los textos pueden no ser seguros y, por lo tanto, es posible que la confidencialidad de dichas comunicaciones puede ser violado por un tercero.

### 2) Condiciones para el uso de correos electrónicos y textos

El proveedor no puede garantizar, pero utilizará medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de información enviada y recibida por correo electrónico y texto. El proveedor no es responsable de la divulgación inadecuada de información confidencial que no sea causado por mala conducta intencional del proveedor. Los clientes deben reconocer y consentir las siguientes condiciones:

- a) El correo electrónico y los mensajes de texto no son apropiados para situaciones urgentes o de emergencia. El proveedor no puede garantizar que correo electrónico y/o texto en particular serán leídos y respondidos dentro de un período de tiempo particular.
- b) El correo electrónico y los textos deben ser concisos. El cliente debe llamar y/o programar una cita para hablar sobre complejos y/o situaciones sensibles.
- c) Todo el correo electrónico puede imprimirse y archivar en el registro del cliente. Los textos también pueden imprimirse y archivar.
- d) El proveedor no reenviará los correos electrónicos y/o textos identificables del cliente sin el consentimiento por escrito del cliente, excepto cuando autorizado por la ley.
- e) Los clientes no deben usar correos electrónicos o textos para la comunicación de información médica confidencial.
- f) El proveedor no es responsable de las infracciones de confidencialidad causadas por el cliente o cualquier tercero.
- g) Es responsabilidad del cliente hacer un seguimiento y/o programar una cita si se justifica.

### **Reconocimiento de recibo y acuerdo del cliente**

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico o mensajes de texto entre Jackson-Bibby Awareness Group, Inc (proveedor) y yo, y el consentimiento para condiciones y instrucciones descritas, así como cualquier otra instrucción que el proveedor pueda imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Envíelo a Jackson-Bibby Awareness Group Inc. al correo electrónico en función de su ubicación**

**Redlands:** [redlands.admin@jacksonbibby.com](mailto:redlands.admin@jacksonbibby.com)

**Victorville:** [victorville.admin@jacksonbibby.com](mailto:victorville.admin@jacksonbibby.com)

**Barstow:** [barstow.admin@jacksonbibby.com](mailto:barstow.admin@jacksonbibby.com)