



Sundance Centro de Arlington
Programa Ambulatorio de
Niños/Adolescentes
7100 US-287 Hwy
Arlington, TX 76001

Telefono: 817.583.8038
Fax: 817.478.1083
www.sunbhc.com

**Sundance Centro de Arlington
Personal del programa ambulatorio**

Administración:

Director Ejecutivo
Andrew Hardin
Andrew.Hardin@sunbhc.com
817.583.8080

Directora de Servicios Ambulatorios
Misty R. England, LMSW, MBA
Misty.England@sunbhc.com

Recepcionista
C.J. Horne
Cyqnet.Horne@sunbhc.com
817.583.8038

Consejera Financiera
Robin Bookman
Robin.bookman@sunbhc.com
817.583.8210

Coordinador de Transportación
Lorne LJ Johnson
LJ@sunbhc.com
Sundance.Transportation@sunbhc.com
817.583.8089

Médicos:

Psychiatrist
Dr. Kishore Sunkara, MD
817.763.5665

Psychiatrist
Dr. Raju Indukuri, MD
817.222.9907

Enfermera:

Amy Ray, RN
Amy.Ray@sunbhc.com
817.583.8130

Terapeutas:

Intake Specialist
Brienne Gulley, LPC-Intern
817-583-8257

Youth One
Jessica Seidal, LPC-I
Jessica.Seidal@sunbhc.com
817.583.8078

Youth Two
Charity Woodard, LMSW
Charity.Woodard@sunbhc.com
817.583.8078

Education Coordinator
Sundance Center Arlington
Xavier Phillips
Xavier.Phillips@sunbhc.com
817.583.8066

Adolescent
Brandi Rhoden, LMSW
Brandi.Rhoden@sunbhc.com
817.583.8132

Técnicos de Salud Mental:

Michael Jones, Lead MHT

Erica Boston, MHT

Lista de Admisión

La siguiente es una lista de artículos para traer el día de admisión:

1. Almuerzo, 2 snacks y una bebida sin abrir en una bolsa Ziploc de 1 galón con su nombre (microondas estarán disponibles)
2. **Documentos legales** que muestran un acuerdo de custodia si está divorciado, guardián legal, poder legal o padre adoptivo
3. Comprobante de seguro, si corresponde
4. Forma legal de identificación (del padre/guardián legal)

Terapia familiar individual

Mientras su hijo se encuentre en el nivel de atención de PHP, los padres / guardianes legales deberán asistir a sesiones de terapia familiar semanalmente. Las sesiones de terapia familiar generalmente se llevan a cabo durante el horario del centro entre las 8 AM y las 4 PM. El terapeuta de su hijo se comunicará con usted para programar una cita.

Home Sheets

Un aspecto importante del programa del Centro Sundance de Arlington es la "Home Sheet". Estos informes son una excelente herramienta de comunicación para el equipo de tratamiento de su hijo (médico, terapeuta, enfermero, etc.). Le pedimos a los padres / guardianes legales que completen una cada noche para que el paciente regrese al "check-in" a la mañana siguiente. Es importante ser detallado y honesto en estos informes para que podamos ayudarlo de la mejor manera posible. Uno será enviado a casa con su hijo todos los días.

Reglas del programa de tratamiento

* No se permite intercambio de información personal como número de teléfono, dirección, correo electrónico, apellidos, escuela asistida, amistad en Facebook, Instagram y otros sitios de redes sociales, etc. No contacte ni visite a sus compañeros fuera del centro de tratamiento. *

1. Todos los pacientes deben traer un almuerzo nutritivo todos los días, junto con 2 snacks. Los pacientes no pueden compartir ni intercambiar comida. Los padres / guardianes legales serán notificados si el paciente no trae el almuerzo. Sundance no ofrece almuerzos ni snacks.
2. Mantenga las manos, los pies y los objetos para usted todo el tiempo. No hay agresión física o verbal hacia uno mismo, el personal o los compañeros. Sin amenazas, blasfemias ni acoso.
3. Los pacientes deben permanecer en el edificio en todo momento, a menos que un miembro del personal les conceda permiso. Salir del edificio sin permiso dará como resultado la notificación a la policía, al padre / guardián legal y al oficial de libertad condicional (si corresponde).
4. Los pacientes deben permanecer en sesiones grupales, a menos que un miembro del personal les dé permiso. Los pacientes pueden solicitar un Tiempo de espera personal (PTO) o usar el baño, etc. El personal tiene el derecho de negarle al paciente un PTO si se sospecha que usan el PTO de manera manipuladora o como una forma de salir del grupo.
5. Sé respetuoso de toda propiedad. Sin destrucción de propiedad. Usted puede ser financieramente responsable por los daños incurridos.
6. Mantenga espacio personal todo el tiempo. No abrazar, tocar, besar, etc.
7. No prestar, dar, o pedir prestado de artículos. Esto incluye, pero no se limita a, ropa, alimentos, efectos personales, etc.
8. La asistencia diaria es obligatoria. Las excepciones se hacen con una nota del médico o una carta de la corte.
9. No fumar o masticar chicle en el local. Masticar chicle dará como resultado la pérdida de puntos y / o privilegios.
10. **Los pacientes solo pueden conducir a Sundance con el permiso del equipo de tratamiento.** Todas las llaves, billeteras y teléfonos celulares se entregarán al personal designado al comienzo del día y se devolverán a la salida. Los pacientes que no cumplan con las reglas o que no regresen a casa del tratamiento a tiempo recibirán una llamada de advertencia a casa y luego se les revocarán los privilegios de conducir.
11. **No traiga artículos de contrabando:** cigarrillos, encendedores, drogas ilegales, medicamentos de venta libre, medicamentos recetados, armas, alcohol, goma de mascar, objetos punzantes, teléfonos celulares, localizadores, cámaras, tabletas, juegos electrónicos, maquillaje, carteras, bolsos, joyas, radios, CD, reproductores de CD, I-pods, juguetes o cantidades excesivas de dinero (más de \$ 5.00).
12. **Si se trae un teléfono celular o cualquier otro artículo de contrabando a la instalación, se tomarán las siguientes medidas;** La primera ofensa dará lugar a una advertencia verbal y la pérdida de privilegios, la segunda ofensa dará lugar a una llamada telefónica a casa y la pérdida de privilegios, una tercera vez dará lugar a la confiscación del artículo hasta el día dado de alta.

** Si lo trae, el personal puede retener o desechar estos artículos, según el artículo, hasta que el paciente sea dado de alta del programa. En ese momento, el artículo será devuelto a los padres / guardián legales. * Sundance Behavioral Healthcare no se responsabiliza por la pérdida o el robo de los artículos traídos a la instalación.*

13. No hablar durante las transiciones. (es decir, yendo y viniendo del gimnasio o hacia y desde las furgonetas).

*** La imposibilidad de seguir las reglas del programa puede resultar en una posible transferencia a un nivel de cuidado alternativo, o ser dado de alta. ***

Lo apropiado de la ropa será determinado por los miembros del personal. Habrá consecuencias para los pacientes que no cumplan con el código de vestimenta. Si es necesario, se puede llamar a los padres / guardián legales para que traigan la ropa adecuada a Sundance para su hijo. Abrigos y chaquetas serán recogidos a su llegada y devueltos a la salida del programa. No se permiten prendas de vestir con capucha o cierre en las salas de grupo. Los pacientes pueden usar suéteres de jersey o sudaderas durante el día. **Cumpla con el código de vestimenta y traiga solo usted, su almuerzo y su "Home Sheet" para el tratamiento todos los días.**

Los siguientes artículos **NO** están permitidos:

1. NO teléfonos celulares, carteras, bolsas de maquillaje, mochilas, peines, cepillos o billeteras
2. NO pantalones cortos o faldas (no más corto de 4 pulgadas arriba de la rodilla)
3. Solo se permite UNA pulsera en cada brazo
4. NO se permite zapatos de tacón alto o botas. Las zapatillas de tenis son el mejor calzado.
5. NINGUNA ropa que represente sexo, violencia, drogas, alcohol, muerte, temas demoníacos, camisetas de conciertos / banda y ropa que refleje la afiliación a una pandilla.
6. SIN perforaciones faciales o de la lengua o tatuajes visibles
7. NO tipo de cobertura de la cabeza (es decir, sombreros, bandanas, capuchas, bandas de sudor)
8. NO se permite cinturones con hebillas metálicas grandes o tachuelas metálicas
9. NINGUNA prenda corta, apretada, transparente, escotada o que revele de otra manera
10. NO camisas sin mangas o camisetas sin mangas - la ropa debe cubrir la corona del hombro y todo el torso en todo momento
11. NINGUNA prenda de gran tamaño o pantalones / pantalones cortos que estén caídos, desgarrados o pantalones cortos y pantalones (solo se puede usar un par de pantalones a la vez), pantalones de pijama
12. NO gafas de sol y lentes de contacto de color sin receta

Plan de seguridad

HE RECIBIDO UNA EXPLICACIÓN DE MIS RESPONSABILIDADES Y ACEPTO CUMPLIRLO COMO PARTE DEL PLAN DE SEGURIDAD PARA MI HIJO MIENTRAS MI HIJO ESTÁ EN TRATAMIENTO EN SUNDANCE BEALDUCCAL HEALTHCARE.

Asegure todos los medicamentos recetados y de venta libre (Tylenol, jarabe para la tos, aspirina, etc.) y adminístrelos a su hijo. Observe a su hijo tomar el medicamento y quédese con su hijo durante unos minutos después para evitar que los esté guardando o acumulando los medicamentos.

Independientemente de cómo se almacenan las armas de fuego, el tipo de armas o el número de armas de fuego, el almacenamiento de armas en el hogar se asocia con un mayor riesgo de suicidio e intentos de homicidio. Si se usa una pistola, los intentos de suicidio tienen un 78-90% más de probabilidades de ser fatales. Recomendamos firmemente que las armas se almacenen fuera del hogar.

¿Actualmente tiene armas almacenadas en el hogar??

- Si No

¿Cómo están almacenados? _____

¿Cómo va a asegurar las armas mientras su hijo está en tratamiento? _____

Retire y / o asegure todos los objetos potencialmente dañinos o peligrosos del hogar, automóvil, etc. ya que estos artículos pueden ser un medio de suicidio impulsivo. **Esto incluye pistolas, cuerdas, navajas de afeitar, tijeras, cuchillos afilados, fósforos / encendedores, grandes cantidades de pastillas/medicamentos, blanqueador líquido o cualquier otro artículo que considere no sea seguro.** No permita el uso de drogas ilegales y alcohol.

Siga sus instintos, si siente que su hijo puede actuar impulsivamente e intente suicidarse, asegúrese de que alguien esté con él / ella todo el tiempo y lleve a su hijo a la sala de emergencias más cercana.

Examine a su hijo regularmente para detectar comportamientos de autolesión. Si siente que su hijo no puede permanecer seguro, llame a su hijo a la sala de emergencias más cercana para su evaluación.

Tómese en serio los comentarios sobre las amenazas de suicidio. Informe esto al personal del centro de tratamiento lo antes posible.

Llame al 9-1-1 de inmediato si sospecha que su hijo tomó una sobredosis de medicamentos.

Política de asistencia

**La asistencia diaria es obligatoria debido a los procedimientos de seguro y al éxito terapéutico.
(4-6 semanas de estadía)**

Por favor inicial:

	I.	Haga una REPROGRAMACIÓN de cualquier cita planificada de médico o dentista fuera del horario del programa. Comuníquese con el terapeuta del paciente si tiene alguna pregunta o inquietud. Durante el año escolar: de 9 a.m. a 3 p.m. Durante el programa de verano: de 9 a.m. a 1:30 p.m..
	II.	<u>Las vacaciones familiares</u> NO se consideran ausencias justificadas por las compañías de seguros.
	III.	<u>Enfermedad</u> a. A menos que su hijo tenga una temperatura superior a 100 ° F, haga que asistan al tratamiento. Nuestro personal de enfermería evaluará a su hijo para determinar si es necesaria una cita con el médico. b. Si su hijo está ausente por más de 2 días, se requiere una nota del médico para el seguro.
	IV.	<u>Vacaciones y clima inclemente</u> a. Sundance está cerrado por 7 días festivos: el día de Año Nuevo, el Día de los Caídos, el Día de la Independencia, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias, el Día después del Día de Acción de Gracias y el día de Navidad. b. En caso de mal tiempo, Sundance sigue las inclemencias del clima de Arlington ISD. También puede verificar el estado de cierre llamando al número principal del hospital al 817.583.8080.

Información de política de citación

Nuestro propósito al trabajar con su familia es ayudarlo a usted y a su hijo a alcanzar un nivel más alto de funcionamiento y aumentar su nivel de felicidad y éxito. Nos preocupa el bienestar de su familia.

Nuestro propósito no es involucrarse en batallas legales actuales o futuras que puedan desarrollarse en su familia. Es nuestra esperanza que esto no ocurra. Si tiene un conflicto legal en el futuro, tenga en cuenta que podría ser perjudicial para su hijo involucrar información confidencial sobre el tratamiento. Esto puede evitar que su hijo sienta que puede confiar en los profesionales de la salud mental en el futuro. También tenga en cuenta que solo los profesionales de salud mental designados por el tribunal pueden hacer recomendaciones de custodia éticamente. No es apropiado que el personal de Sundance lo haga, ya que estamos involucrados en el tratamiento, no en una evaluación ordenada por el tribunal. Si nos preocupa la seguridad de su hijo, informaremos todas las inquietudes a las autoridades correspondientes.

Después de leer esto, entienda que si cita a cualquier profesional de la salud asociado con el tratamiento de su hijo en este establecimiento con un aviso de menos de dos semanas, se le cobrará un arancel de \$ 2,000.00 por citación judicial. Si usted o su abogado cree que nuestro testimonio es necesario, puede evitar esta tarifa llamando y discutiendo esto con nosotros y proporcionando una citación con la notificación adecuada. Si se hace un arreglo para que uno de nuestros miembros calificados del personal testifique, usted estará sujeto a la tarifa por hora del profesional de salud mental para recibir testimonio legal.

Queremos lo mejor para usted y su familia.

Información de Intervención Conductual

Sundance Behavioral Healthcare se compromete a proteger los derechos de los niños. Al mismo tiempo, Sundance Behavioral Healthcare se compromete a proteger a los niños de lastimarse a sí mismos y a los demás mientras están en nuestras instalaciones. La siguiente es una explicación paso a paso de las intervenciones que utilizamos. Todas estas intervenciones han sido aprobadas por nuestro personal médico, la junta directiva, y solo aquellos miembros del personal **capacitados, competentes y privilegiados** pueden realizar estas intervenciones.:

1. Redirigir al niño de un comportamiento inapropiado a un comportamiento apropiado.
2. Llevar a cabo una discusión 1: 1 con el niño.
3. Pedir al niño que tome un descanso personal de 15 minutos en un área tranquila.
4. Proporcionar situaciones ambientales que ayudarán al niño a calmarse (es decir, música, una caminata con el personal, golpear una almohada, etc.).
5. Realizar una retención terapéutica física (hasta 30 minutos a la vez) para ayudar al niño a recuperar el control de su comportamiento.

Las restricciones y reclusiones se utilizan en los Centros para pacientes ambulatorios de Sundance cuando existe un riesgo de seguridad inminente. TODOS los miembros del personal están capacitados en Intervención para la Prevención de Crisis (CPI).

Cada intervención que Sundance Behavioral Healthcare brinda se realiza de una manera digna, respetuosa con el niño y, sobre todo, segura. Comuníquese con Sundance Behavioral Healthcare al 817.583.8038 si tiene alguna pregunta sobre las intervenciones conductuales..

Información y reglas de admisión y tratamiento

Consentimiento para la admisión

El abajo firmante reconoce que no se les ha otorgado ninguna garantía, ni a ellos ni al paciente, con respecto a los resultados de los servicios prestados para el paciente, que incluyen, entre otros, terapia, tratamiento, pruebas o procedimientos, mientras que son admitidos en Sundance Behavioral Healthcare .

El abajo firmante reconoce que Sundance Behavioral Healthcare es un centro de enseñanza y que los estudiantes profesionales pueden tener contacto con el paciente y acceso a los registros médicos del paciente. Estos estudiantes son supervisados por un profesional con licencia y deben cumplir con los estándares de confidencialidad del Centro.

El abajo firmante consiente que Sundance Behavioral Healthcare tome fotografías con fines de identificación. Las fotografías pueden permanecer permanentemente en el registro médico del paciente.

El abajo firmante autoriza a Sundance Behavioral Healthcare a buscar diariamente las pertenencias personales del paciente. En caso de encontrar artículos de contrabando, se entiende que se conservarán en un lugar seguro y se devolverán al padre / guardián legal en el momento del alta, a menos que el médico tratante indique lo contrario.

Sundance Behavioral Healthcare no asume ninguna responsabilidad por pérdida o daño a los vehículos estacionados en las instalaciones del Centro. Se alienta a los pacientes a no dejar sus pertenencias personales o vehículos en las instalaciones.

El abajo firmante se da cuenta de que Sundance Behavioral Healthcare no se responsabiliza por la pérdida o daño de la propiedad personal y / o dinero. Cualquier artículo personal dejado en el momento del alta se eliminará después de 15 días.

Consentimiento para el tratamiento

El abajo firmante le otorga a Sundance Behavioral Healthcare, su personal y el permiso de los médicos asistentes la posibilidad de brindar al paciente todos los cuidados, tratamientos, terapias, pruebas y procedimientos habituales que considere convenientes, incluido el tratamiento de emergencia y el traslado a otro centro si es necesario. También se otorga el consentimiento para cualquier tratamiento médico, procedimiento de diagnóstico, actividades recreativas y terapia, y otros tratamientos ordenados por Sundance Behavioral Healthcare y / o médicos asistentes, incluidos, entre otros, los servicios prestados por otros profesionales de la salud para el paciente.

Información y pautas de admisión y tratamiento (Continuación)

El abajo firmante acepta que Sundance Behavioral Healthcare no será responsable de la seguridad o la atención del paciente si el paciente abandona las instalaciones e indemnizará a Sundance Behavioral Healthcare por cualquier pérdida o lesión que pueda ocurrir como resultado de abandonar Counseling (AMA).

El abajo firmante afirma que él / ella acepta que todos los medicamentos deben ser administrados por un adulto mientras esté en casa o por una enfermera con licencia mientras esté en Sundance Behavioral Healthcare durante el horario del programa.

Responsabilidad por la destrucción de la propiedad

El abajo firmante acepta que los pacientes son responsables de cualquier daño que causen a la propiedad de Sundance Behavioral Healthcare, o propiedad de otros que puedan estar ubicados en las instalaciones del centro. El abajo firmante entiende que debe aceptar la responsabilidad y reembolsar a Sundance Behavioral Healthcare u otro propietario de la propiedad por cualquier propiedad que destruyan o dañen.

Consentimiento para reconocer su presencia

El abajo firmante reconoce que Sundance Behavioral Healthcare no divulgará ninguna información a menos que tengamos una autorización para hacerlo. El abajo firmante da su consentimiento para que Sundance Behavioral Healthcare informe al médico del paciente y / o a las fuentes de derivación sobre la admisión del paciente y su progreso en el centro.

Acuse de recibo de los derechos del paciente y política de quejas

El abajo firmante reconoce que se les ha entregado una copia de la política de derechos y quejas del paciente, que los derechos han sido explicados y que entienden estos derechos.

Política sobre el uso de la reclusión y la restricción

La creencia de Sundance Behavioral Healthcare es que el uso de técnicas de manejo del comportamiento menos restrictivas es lo mejor para su hijo. Sin embargo, autorizamos el uso de técnicas de aislamiento o restricción cuando existe riesgo inminente de lesión. Podemos administrar medicamentos de emergencia para ayudar a su hijo a recuperar el control de su comportamiento. Sundance Behavioral Healthcare notificará al padre / guardián legal si se requieren medicamentos de emergencia durante el día. El abajo firmante reconoce que se les ha entregado una copia de la información de intervenciones de comportamiento y que se entiende.

Aplicabilidad a otros proveedores

El abajo firmante acepta que, en caso de que otros proveedores de servicios de salud, incluidos, entre otros, hospitales proporcionen servicios al paciente mientras se encuentre en Sundance Behavioral Healthcare, el (los) consentimiento (s), asignación (es), garantía (es), y la (s) publicación (es) aquí expuesta se aplicarán a otros proveedores y servicios.

Nombre del Paciente

Firma del padre / guardián legal

Firma del personal / testigo

Fecha

Fecha

Consentimiento para Liberar / Obtener información

Por favor complete con tinta **NEGRA**.

El tipo de información publicada y obtenida incluye información relacionada con cualquier condición física, psiquiátrica o relacionada con drogas / alcohol. Sundance Behavioral Healthcare puede obtener o liberar información sobre la notificación de ingreso, información sobre planes de tratamiento, planes de alta / atención posterior, examen físico y resultados de análisis de orina, evaluaciones psiquiátricas, pruebas psicológicas, resumen del tratamiento, progreso, historial médico / psiquiátrico y transcripciones educativas. El tipo de información autorizada para liberar incluye, pero no se limita a, lo que se menciona arriba. Con la firma a continuación, autorizo a Sundance Behavioral Healthcare a liberar y obtener información a las siguientes personas mediante comunicación verbal y / o escrita, por fax y por correo postal.

Profesionales de la salud

Nombre de psiquiatría		Numero de teléfono	Inicial
Nombre de terapeuta		Numero de teléfono	Inicial
Nombre de doctor primario		Numero de teléfono	Inicial

Escuela

Nombre de escuela	Distrito Escolar	Numero de teléfono	Inicial
-------------------	------------------	--------------------	---------

Agente de libertad condicional

Nombre de agente		Numero de teléfono	Inicial
------------------	--	--------------------	---------

CPS / Cuidado de crianza

Trabajadora Social Clínica (CPS)		Numero de teléfono	Inicial
Nombre del representante de cuidado de crianza	Agencia de cuidado de crianza	Numero de teléfono	Inicial

Miembros de familia / contactos de emergencia

Nombre de familiar	Relación al paciente	Numero de teléfono	Inicial
Nombre de familiar	Relación al paciente	Numero de teléfono	Inicial
Nombre de familiar	Relación al paciente	Numero de teléfono	Inicial
Contacto de emergencia	Relación al paciente	Numero de teléfono	Inicial

Otro

Nombre de otro contacto	Relación al paciente	Numero de teléfono	Inicial
-------------------------	----------------------	--------------------	---------

Los consentimientos dados en este formulario están sujetos a revocación o cambio en cualquier momento, excepto en la medida en que Sundance Behavioral Healthcare haya actuado con base en ello. Si no se revoca previamente, los consentimientos terminarán sesenta días (60) después del alta del paciente.

*** Aviso a los destinatarios de la información:** La información que se reveló a usted se tomó de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. La Ley Federal también protege la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas. Las reglamentaciones federales le impiden divulgar más información remitida sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito

Nombre de paciente

Firma de Padre / Guardian Legal

Fecha

Firma del personal / testigo

Fecha

Descripción general del programa

Paciente:	Día de admisión:
Resumen de PHP (Programa de hospitalización parcial) <ul style="list-style-type: none"> Asistencia obligatoria Enfoque de procesos y habilidades para la terapia de grupo diaria Clases académicas Terapia familiar individual (aproximadamente semanalmente) Visitas con el psiquiatra de forma individual Múltiples medios de comunicación con el equipo de tratamiento clínico (enfermeras, terapeutas, etc.) Manejo y estabilización de medicamentos Manejo de casos por el equipo de tratamiento clínico Transporte de cortesía Cuidados antes / después de programa <p>Horas Regulares: (mañana: 8 AM-9:00AM; tarde 3 PM-5:00PM)</p> <p>Horario de verano/salida temprana: (mañana: 8 AM-9:00AM; tarde 1:30 PM-4:30PM)</p>	Programa IOP (Programa intensivo para pacientes ambulatorios) <ul style="list-style-type: none"> Asistencia obligatoria Enfoque de procesos y habilidades para la terapia de grupo diaria Clases académicas Consulta telefónica con el terapeuta Visitas con el psiquiatra de forma individual Múltiples medios de comunicación con el equipo de tratamiento clínico (enfermeras, terapeutas, etc.) Manejo y estabilización de medicamentos Manejo de casos por el equipo de tratamiento clínico Transporte de cortesía Cuidados antes / después de programa <p>Horas Regulares: (mañana: 8 AM-9:00AM; tarde 3 PM-5:00PM)</p> <p>Horario de verano/salida temprana: (mañana: 8 AM-9:00AM; tarde 1:30 PM-4:30PM)</p>

Yo, _____ entiendo los requisitos del programa y acepto cumplir con los requisitos. Cualquier actividad contraria resultará en una revisión de las circunstancias y podría resultar en el alta inmediata de mi hijo del Programa de Salud Conductual de Sundance.

Honorarios del médico Contrato de seguro no incluido

El contrato de su compañía de seguros con Sundance Behavioral Healthcare no es inclusivo. Su médico (psiquiatra) facturará por separado por cada visita con el paciente durante el tratamiento en Sundance. Además de recibir una factura por los servicios de Sundance, también recibirá una factura por separado de la oficina del médico. Estos servicios se manejan directamente con el personal de la oficina del médico. Si tiene preguntas con respecto a la facturación, los números de teléfono de contacto se enumeran a continuación.

La facturación del Dr. Indukuri es manejada por su oficina privada. Puede comunicarse con el gerente de su oficina al 817.222.9907 si tiene alguna pregunta sobre facturación y para establecer los arreglos de pago.

La facturación del Dr. Sunkara es manejada por su oficina privada. Puede comunicarse con el gerente de su oficina al 817.715.9756 si tiene preguntas sobre facturación y establecer los arreglos de pago.

Patient Rights

Los pacientes tienen los siguientes derechos durante su tratamiento en el Sundance Center de Arlington:

- A estar libre de abuso, negligencia o explotación
- A un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades
- A un entorno de tratamiento humano que proporcione protección razonable contra daños y privacidad adecuada para sus necesidades personales
- NO recibir medicamentos innecesarios o excesivos
- Ser tratado con dignidad y respeto
- Aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir la explicación
- Reunirse periódicamente con el personal para revisar y actualizar su plan de tratamiento
- Estar informado acerca de las reglas y regulaciones del programa antes de ser admitido
- Si acepta un tratamiento o medicamento, tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que esté específicamente restringido por la ley)
- Que la información sobre usted se mantenga en privado y que se le informe que la información se puede divulgar sin su permiso.
- A un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades y el derecho a participar en el desarrollo de ese plan
- Rehusarse a participar en una investigación sin afectar su cuidado
- No debe ser restringido o encerrado en una habitación usted mismo a menos que sea un peligro para el mismo o para otros
- Que se le informe con anticipación de todos los cargos estimados y las limitaciones en la duración de los servicios que la instalación conoce
- Para comunicarse con personas fuera del establecimiento (con la exención de pacientes), para recibir visitas, hacer llamadas telefónicas y para recibir y enviar correos sellados. Este derecho puede ser restringido de forma individual por su médico si es necesario para su tratamiento o seguridad, pero incluso entonces puede contactar a un abogado o si es un paciente dependiente de sustancias químicas, la Comisión de Abuso de Drogas y Alcohol de Texas a cualquier precio razonable hora. Los pacientes en el programa PHP / IOP deben ejercer estos derechos durante las horas fuera del programa.
- Para presentar una queja y recibir una respuesta justa de la instalación dentro de un período de tiempo razonable
- Salir de la instalación dentro de las 4 horas posteriores a la solicitud de liberación, a menos que un médico determine que usted representa una amenaza de daño para usted o para los demás. (Los pacientes menores de 18 años no pueden tomar la decisión de abandonar el tratamiento sin el consentimiento del padre / madre o guardián legal).
- Recibir una explicación de su tratamiento o sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento
- El derecho a recibir una copia de estos derechos antes de ser admitido
- Tiene derecho a presentar una queja ante la Defensora del Paciente del Sundance Center de Arlington, Lance Parker, llamando al 817.583.8080.
- Que le expliquen sus derechos en términos simples, de una manera que pueda entender, dentro de las 24 horas de su admisión
 - El derecho a la siguiente información antes de la admisión:
 - La condición a ser tratada
 - El tratamiento propuesto
 - Las probables consecuencias para la salud y la salud mental de rechazar un tratamiento
 - Otros tratamientos disponibles y cuáles, en su caso, podrían ser apropiados para usted
 - Los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos

Política de quejas

Puede presentar un reclamo sobre cualquier violación de sus derechos o las normas que regulan este servicio a lo siguiente:

Misty R. England: Directora de servicios ambulatorios (817.583.8083 / misty.english@sunbhc.com)

Lance Parker: Defensor del paciente (817.583.8080 / lance.parker@sunbhc.com)

La Comisión Conjunta (800.994.6610)

You may request writing materials, postage, or access a telephone for the purpose of filing a grievance

You may submit your grievance in writing and receive help in writing if you are unable to read or write

You will receive a copy of the grievance procedure with an explanation in clear, simple terms that you can understand within 24 hours of admission.

Autorización para participar en actividades exteriores / salidas y formulario de consentimiento de orador externo

Actividades exteriores

Ocasionalmente, los Grupos de Tratamiento participarán en actividades o salidas al aire libre durante su tiempo de terapia recreativa (dependiendo del nivel elegible) como en el parque local, Jardín Botánico, bolera, museo local, etc. Se le notificarán las actividades programadas que requieren tarifas de admisión, especiales costos, etc.

La autorización para participar y el permiso para asistir en nombre de mi hijo, se otorga a los representantes de Sundance para:

Transporte a mi hijo en transporte de van para actividades programadas, en el que se aplican todas las reglas de la van.

Transfiera a mi hijo en caso de emergencia a: _____ (nombre del hospital preferido) o **al hospital más cercano**.

Doy mi consentimiento y autorizo a los representantes de Sundance Behavioral Healthcare a autorizar (en mi ausencia) tratamiento médico de emergencia en el hospital designado anteriormente. Autorizo el tratamiento médico de emergencia en el Cooks Children's Medical Center en caso de que estén más cerca que mi centro de tratamiento médico previamente designado.

Doctor primario: _____

En caso de emergencia, Sundance Behavioral Healthcare tiene permiso para contactarse:

Contacto de emergencia	Numero de telefono	Relacion

Consentimiento del orador externo

Sundance puede ofrecer la oportunidad para que su hijo participe en un grupo en el que los profesionales de la comunidad vienen a trabajar con los niños. Estos miembros de la comunidad serán personas altamente capacitadas en su área de especialización. Por ejemplo, podemos hacer que un maestro de escuela, un nutricionista, un terapeuta, un oficial de libertad condicional u otro profesional hablen con los pacientes. El abajo firmante le da a su hijo, _____, permiso para participar en grupos con oradores externos. El abajo firmante también entiende que puede rescindir este permiso en cualquier momento hablando con el terapeuta de su hijo.

Reglas y procedimientos de transporte

- El conductor planificará la ruta y se pondrá en contacto con usted para proporcionarle un tiempo aproximado de entrega y recogida.
- El horario de recogida y entrega es aproximado y puede **variar a diario**
- El conductor de la furgoneta esperará **aproximadamente 5 minutos** en cada lugar de recogida.
- Puede haber hasta 14 pacientes en cada camioneta
- Habrá pacientes de todas las edades en la camioneta, que van desde los 5 hasta los 18 años de edad
- El conductor es el único adulto en la camioneta, lo que significa que no habrá personal clínico en la camioneta.
- **Los pacientes pueden ser suspendidos por hasta tres días (o expulsados si es necesario) de la camioneta por lenguaje y / o comportamiento inapropiado.** Basado en el incidente, el conductor de la camioneta puede traer al niño de regreso a Sundance Behavioral Healthcare y se contactará al padre / guardián legal para una sesión familiar de emergencia.
- El paciente solo puede ser transportado hacia y desde la ubicación de PICKUP STOP (vea la próxima página). Es posible que su hijo no se vaya a casa con otro paciente, incluso si un adulto está conduciendo

El padre / guardián legal **debe llamar al Conductor de Transporte** si hay algún cambio en los arreglos de transporte establecidos. Es imperativo que comunique cualquier cambio de transporte al conductor directamente. **Los arreglos de transporte DEBEN hacerse antes de las 2:15 PM durante el año escolar y las 12:45 PM durante el verano.** Cambios en los arreglos de transporte **NO SERÁN ACEPTADOS** después de este tiempo.

Reglas y procedimientos de cuidado de antes y después del programa

- Habrá pacientes de todas las edades en antes / después del cuidado, que van de 5 a 18 años de edad
- Un técnico de salud mental (MHT) supervisará antes / después del cuidado. El personal clínico no está disponible durante este tiempo.
- Los pacientes pueden ser suspendidos por hasta tres días (o expulsados si es necesario) de antes / después del cuidado por lenguaje y / o comportamiento inapropiado. Con base en el incidente, los MHT pueden llamar a los padres / guardianes legales o representante (s) autorizado (s) para recoger al niño.
- Los pacientes solo serán entregados a los padres / guardianes legales o representantes autorizados enumerados, identificados en el Formulario de consentimiento para divulgar / obtener información o en la Hoja de antecedentes completados en el momento de la admisión.
- Los pacientes **NO** pueden irse a casa con otro paciente, incluso si un adulto está conduciendo.

Autorización y Reconocimiento de servicio para transporte

Formulario de Autorización y Reconocimiento para cuidado antes / después del programa

- Solicitar servicio de transporte
 Solicitar cuidado para antes/después del programa

Nombre de paciente	Dia de admisión	
Nombre de Padres o Guardianes Legales		
Domicilio	Ciudad	Código Postal
Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Teléfono de casa

Horas Regulares

Cuidado antes del programa empieza a las 8:00 am
 Cuidado después del programa es de 3pm-5pm
 Camionetas de transportación se van del centro a las 3pm

Horario de Verano/Salida Temprana

Cuidado antes del programa empieza a las 8:00 am
 Cuidado después del programa es de 1:30pm-4:30pm
 Camionetas de transportación se van del centro a las 1:30pm

Los padres / guardián legale deberán traer y recoger a su hijo a Sundance el día de la admisión.

Mi hijo puede ser dejado o recogido por:

Nombre de representante autorizado	Numero de contacto	Relación	Inicial
Nombre de representante autorizado	Numero de contacto	Relación	Inicial
Nombre de representante autorizado	Numero de contacto	Relación	Inicial

Marque la ubicación para recoger y dejar e indique la ubicación a continuación:

# de Parada	Locación	Domicilio
1	Quick Trip i20-Wichita	6549 Wichita St, Forest Hill, TX 76119
2	Chase Bank 820/Ramey	6040 Ramey Avenue, Fort worth, TX 76112
3	El Rio Grande 35-Berry St	3037 South Fwy, Fort Worth, TX 76104
4	Shell i20-Mccart Ave	2526 SW Loop 820, Fort Worth, TX 76115
5	Circle K i20-Winscott	8000 Winscott Rd, Fort Worth, TX 76126
6	Seven Eleven 35-Alsbury(Burleson)	898 NE Alsbury @ I-68W Sr, Burleson, TX 76028
7	Exxon 35-Sycamore School Rd	101 Sycamore School Rd, Fort Worth, TX 7613
8	Fiesta 820-Meadowbrook	324 Meadowbrook Dr, Fort Worth, TX 76112
9	QT 287- Debbie Lane	1601 FM157, Mansfield, TX 76063
10	Wal-Mart 20/Little Rd	4800 US 287 Highway, Arlington, TX 76017
11	Walmart Matlock-Sublet	735 W Sublet Rd, Arlington, TX 76017
12	Quick Trip i20-Collins	4201 S Collins St, Arlington, TX 76018
13	Valero Randal Mill/Collins	936 N Collins Arlington, TX 76011
14	Valero Collins/Arkansas	4600 S. Collins Arlington, TX 76018
15	Valero Cooper/Randal Mill	652 W. Randal Mill Rd. Arlington, TX 76011
16	Exxon 360-Mayfield	3051 E Mayfield Rd, Grand Prairie, TX 75052
17	Waffle House i20-Great Southwest Pkwy	2610 West, Grand Prairie, TX 75052
18	Kohls i20/Carrier	3865 S Carrier Pkwy, Grand Prairie, TX 75052
19	Taco Cabana 360-Pioneer West	2531 E Pioneer Pkwy, Arlington, TX 76010
20	E-Z Mart New York/Arbrook	1901 E Arbrook Blvd Arlington, TX 76014
21	Loves 287/67(Midlothian)	1501 W Hwy 287, Midlothian, TX 76065

Solo para recoger

Solo para dejar

Ambos

Lugar de recogida : _____

Punto de entrega : _____

*** LA UBICACIÓN Y LOS TIEMPOS VARÍAN**

*** Choferes se pondrá en contacto con usted.**

Procedimientos del programa educativo

Sundance Center of Arlington Programa Educativo

Descripción de Servicios:

El Sundance Center of Arlington brinda instrucción para niños de kínder a doceavo grado en las materias principales de Matemáticas, Lectura / inglés, Ciencias e Historia durante la estadía de tratamiento de su hijo. Nuestro plan de estudios escolar se basa en evaluaciones estatales para ayudar a su hijo con dominio en estas materias. En Sundance Behavioral Healthcare, nuestro objetivo es proporcionar un clima educativo en el que los pacientes puedan desarrollarse mental, emocional y socialmente a medida que completan sus objetivos de tratamiento. Como hospital, el objetivo principal es brindar tratamiento a su hijo. Sin embargo, entendemos que la educación también es una parte extremadamente importante del tratamiento y trabajaremos diligentemente para satisfacer cualquier solicitud especial de la escuela de su hijo.

Procedimientos de inscripción:

Al momento de la admisión, Sundance le pedirá a cada padre / guardián legal que firme una publicación de registros para comunicarse con la escuela del niño (consejero y / o administrador). Los padres / guardián legal son responsables de retirar a su hijo de la escuela local el primer día de la admisión o de solicitar que se envíe trabajo a Sundance. Esta es la elección del padre / guardián legal. Sundance no puede retirar al niño de la escuela por usted. El coordinador educativo se pondrá en contacto con la escuela designada al momento de la admisión para determinar los cursos básicos en los que se debe ubicar al estudiante y para obtener calificaciones / registros actuales que Sundance actualizará.

Procedimientos escolares:

Los informes de progreso se enviarán a casa para el padre / guardián legal a pedido. Sundance seguirá el calendario de Arlington ISD para fechas de servicio, vacaciones, descansos y periodos de calificación. Las fechas de las pruebas STAAR deben discutirse individualmente con cada escuela (no proporcionamos las pruebas STAAR en esta instalación).

Procedimiento cuando dado de alta:

El Coordinador Educativo se comunicará con la última escuela a la que asistió el niño con la fecha de alta propuesta para el cliente. El día del alta, las calificaciones se enviarán directamente a la escuela anterior del niño o se entregarán a los padres / guardianes legales si el niño cambia de escuela. Los padres / guardianes legales también recibirán una copia al momento del alta para sus registros.

Contacto:

Coordinadora de Educación
Sundance Center Arlington
Sundance Center Arlington
Xavier Phillips

Xavier.Phillips@sunbhc.com

817.583.8066

**Escuela de Sundance
Formulario de inscripción educativa**

Información de estudiante:		Día de inscripción:
Apellido:	Primer Nombre	Segundo Nombre:
SSN:	Fecha de nacimiento	Número de identificación de escuela:
1° Padre/Guardian Legal:	Numero Primario:	Correo electrónico:
2° Padre/Guardian Legal:	Numero Primario:	Correo electrónico:
Nombre de Escuela Domicilio:	Distrito Escolar: Ciudad & Estado:	Grado: Código Postal:
Contacto de Escuela:	Posición:	Número de teléfono:
¿Educación Especial?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Clases Avanzadas?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de la escuela que va a regresar después del programa:
HORARIO DE CLASES:	MAESTRA/O	CALIFICACION:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Preocupaciones especiales:		

*****POR FAVOR TENGA EN CUENTA: ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL DEL PACIENTE EL RETIRAR A SU HIJO DE SU ESCUELA ACTUAL *****

Autorización para liberar información académica

Yo autorizo: Sundance Behavioral Healthcare, Inc.
 7100 US 287 Hwy
 Arlington TX 76001

Para obtener informacion de:

Obtener registros académicos durante el curso del tratamiento de

_____ (Escuela)	_____ (Nombre de paciente)
_____ (Domicilio)	_____ (Fecha de nacimiento)
_____ (Ciudad, Estado, Código Postal)	_____ (Seguro Social)
_____ (Número de Teléfono)	
_____ (Número de Fax)	

La liberación es necesaria con el propósito de ACADEMICAS/ CALIFICACIONES y solo con ese propósito. Entiendo que esta autorización se extiende a todo o parte de los registros / información designados a continuación, que pueden incluir tratamiento para enfermedades físicas y mentales, abuso de alcohol / drogas, resultados de pruebas de VIH / SIDA o diagnósticos. La información que se divulgará incluye (verifique los documentos que se divulgarán de conformidad con esta autorización).

<input type="checkbox"/> Todos los registros	<input type="checkbox"/> Evaluaciones
<input type="checkbox"/> Trabajo de laboratorio / Resultados de prueba	<input type="checkbox"/> Otra, por favor liste: _____
<input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Comunicación verbal con: _____
<input type="checkbox"/> Informe de consulta	_____ (Nombre)
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	_____ (Relación)

Entiendo que la información en mi expediente académico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi política. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no puedo especificar una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización caducará en 180 días (seis meses).

Entiendo que autorizar la liberación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier liberación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por los artículos de confidencialidad federal. Si tengo alguna pregunta sobre el divulgador de mi información de salud, puedo comunicarme con Sundance Behavioral Healthcare, Inc.

 Nombre de paciente

 Firma de Padre/Guardian Legal

 Fecha

 Firma del personal / testigo

 Fecha

Confirmaciones de firmas

Nombre de paciente: _____

Lista de verificación de admisión	He leído y entiendo los artículos de admisión de Sundance Behavioral Healthcare.
Terapia familiar individual	He leído y entiendo la Política de terapia familiar individual de Sundance Behavioral Healthcare.
Home Sheets	He leído y entiendo la Política de la "Home Shee" de Sundance Behavioral Healthcare.
Reglas del programa de tratamiento	He leído y entiendo las Reglas del programa de tratamiento de Sundance Behavioral Healthcare.
Código de Vestir	He leído y entiendo la política de código de vestimenta de Sundance Behavioral Healthcare.
Plan de Seguridad	Recibí una explicación de mis responsabilidades y acepto seguirlas como parte del plan de seguridad para mi hijo mientras mi hijo está en tratamiento en Sundance Behavioral Healthcare.
Política de asistencia	He leído y entiendo la Política de asistencia de Sundance y acepto cumplirla de la mejor manera posible.
Información de política de citación	He leído y entiendo la Política de citaciones de Sundance Behavioral Healthcare.
Intervenciones conductuales	He leído y entiendo la información sobre intervenciones de comportamiento de Sundance Behavioral Healthcare.
Reglas de admisión y tratamiento	He leído y entiendo la información y las reglas de admisión y tratamiento de Sundance Behavioral Healthcare.
Descripción general del programa	He leído y entiendo los requisitos del programa y acepto cumplir con los requisitos. Esto se archivará en el registro de su hijo.
Honorarios del médico	He leído y entiendo la información de tarifa médica no inclusiva. Acepto llamar a la oficina del médico para hacer arreglos de pago dentro de las 24 horas de la admisión.
Derechos del paciente	Recibí una explicación y una copia de los derechos del paciente de Sundance Behavioral Healthcare.
Política de quejas	Recibí una explicación y una copia del procedimiento de reclamo de Sundance Behavioral Healthcare.
Autorización para el orador externo	Doy permiso a mi hijo para participar en grupos con oradores externos. También entiendo que puedo rescindir este permiso en cualquier momento al hablar con el terapeuta de mi hijo.
Autorización de transporte	He leído y acepto las reglas y procedimientos de transporte y acepto cumplirlos. (Si es aplicable.)
Cuidado de Antes/Después del programa	He leído y acepto las reglas y procedimientos de cuidado de Antes / Después del programa y acepto cumplirlas. (Si es aplicable.)
Programa educativo y procedimientos	He leído y entiendo el Programa educativo y los procedimientos y el Formulario de inscripción educativa de Sundance Behavioral Healthcare

Nombre de Paciente

Firma de Padre / Guardian Legal Fecha

Firma del personal / testigo Fecha