

**Human Resource Training Inc.**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, AZ 85282  
Phone: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

Para: Clientes Nuevos

Fecha:

Re: Establecer servicios en nuestra agencia

Por favor tome nota del procedimiento adecuado para realizar su petición:

1. **Debemos recibir una orden de la corte** firmada especificando a Parenting Skills Program como la agencia para sus servicios. También debemos ser informados de quien será responsable por los honorarios. Nuestra agencia cobra \$10 por persona, \$20 por cada caso, para admisión y establecimiento de servicios. Para visita Supervisada Básica cobramos \$60.00 por hora; por Intercambio Supervisado cobramos \$30.00. Para Visita Terapéutica con un experto en salud mental cobramos \$90.00 por hora. Todos los pagos deben de hacerse en el momento de los servicios y solamente pueden ser pagados en efectivo o con giro postal (Money order). No aceptamos tarjetas de crédito o cheques personales. Por favor traigan la cantidad exacta, no podremos hacer cambio. Le daremos crédito cuando no hay cambio disponible.

2. **Las dos partes involucradas tienen que cumplir** con la orden de la corte llamando a nuestra Línea de Cumplimiento (Compliance line) al 480-967-6895 extensión 102 y dejar su dirección y su número de teléfono. Esta línea puede ser usada para todos los asuntos de intercambios o visitas. **Las dos partes** también deben de completar y regresar todos los papeles necesarios de nuestra agencia (que será mandado/proporcionado a ellos o puede ser obtenido en nuestra página de Web: [www.hrtaz.com/programs/familycourtservices/newclientforms](http://www.hrtaz.com/programs/familycourtservices/newclientforms)

*Si la orden de la corte no designa a PSP como la agencia proveedora de los servicios y claramente estipula la responsabilidad de los honorarios, entonces...*

1. **Las dos partes** deberán someter una carta de acuerdo a nuestra agencia junto con los papeles apropiados, declarando que están de acuerdo en usar nuestra agencia, que servicios requieren, y quien es responsable de los honorarios.

Estos procedimientos deben de ser completados antes de proporcionar cualquier servicio.

Después de que un horario de intercambio/visita ha sido acordado por las dos partes y nuestra agencia, es la responsabilidad de los dos partes estar presentes a las horas programadas. Si por alguna razón necesita cancelar su cita debe de llamar 24 horas antes de la cita. Por favor note que los intercambios/visitas programados los sábados, domingos, y lunes deben de ser cancelados antes de las 9:00 am el viernes. Falla a no cancelar debidamente resultara en que la parte no presente sea responsable por todo el pago. Confirmación de la cita debe de ser hecha inmediatamente, dentro de las siguientes 24 horas para que no pierda el tiempo que se la ha sido ofrecido.

Es muy importante que sepan que Parenting Skills Program no aceptara cartas firmadas o llamadas de cumplimiento por terceras partes (abogados, esposo(a), amigos, parientes, etc. menos que la corte permite que la tercera parte sea involucrada)

Por favor llene todos las formas necesarias para el servicio que desea y regrésenlos a la dirección de arriba con la cuota de admisión, Gracias por su cooperación para realizar nuestros servicios.

**Por favor visite nuestra página de Web para más información: [www.hrtaz.com](http://www.hrtaz.com)**

**Human Resource Training Inc.**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, AZ 85282  
Phone: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

## **Información y Política para Servicios Terapéuticos**

Usted o su familia ha sido ordenado por la corte a participar en Servicios Terapéuticos por alguno de los siguientes motivos:

1. Cuando padres e hijos han estado separados por mucho tiempo;
2. Cuando los niños están distantes del padre visitante;
3. Cuando los padres pueden necesitar ayuda con sus habilidades como padres;
4. Cuando padres divorciados necesitan aprender a comunicarse para el beneficio de sus hijos;
5. Cuando la corte quiere una evaluación profesional sobre la dinámica y relación familiar;
6. Cuando un padre tiene problemas emocionales que le pueden impedir la interacción con sus hijos.

Por favor tome nota, intervención no es terapia. Si usted o su familia esta experimentando angustia causada por la intervención por favor busque servicios para salud mental en otra agencia y dirija sus preocupaciones a la corte.

## **Política**

### **1. Confidencialidad**

Supervisión/consejo terapéutico ordenado por corte no es confidencial. Las notas del terapeuta se hacen parte de su archivo y pueden ser pedidos para citación judicial de comparecencia (subpoena duces tecum) a cualquier momento. Además, el terapeuta reportará a la corte y/o al consejero de la corte familiar del progreso de su caso por teléfono y por escrito. Tome Nota: Registros terapéuticos no serán liberados, aunque haya una subpoena, si las dos partes no firman un acuerdo de liberación de la información o si el juez asignado ordena que sean liberados.

## **2. Cancelación**

Citas terapéuticas serán fijadas por el terapeuta asignado a su caso. Su horario se tomara en cuenta lo mejor que nos sea posible. En cuanto una cita haya sido confirmada, esperamos que atienda a la cita o que cancelara por lo menos 24 horas en avanzado. Falla a hacer esto resultara en que tenga que pagar la cuota total por la sesión perdida (aunque la orden de corte especifique que la otra parte pague o que los pagos sean divididos).

## **3. Comunicación**

Nuestra agencia debe de permanecer neutral, por eso el terapeuta asignado a su familia solo tendrá suficiente contacto con usted para fijar una hora para su cita y para asegurar el bienestar de los niños involucrados. Cualquier otra comunicación puede ser considerada “a instancia de parte” (ex - parte) y no debe ocurrir. Si tiene alguna preocupación o queja sobre los servicios que su familia esta recibiendo por favor escríbalo y diríjalo a la agencia. Asegurase de **mandar copias a todas las partes involucradas** y recibirá una respuesta por escrito de su terapeuta asignado o de el Director de la agencia.

## **4. Falta a Citas**

Su terapeuta esperará quince (15) minutos después de la hora fijada para la cita. Si no llega entonces el/ella tendrá la opción de considerarlo como falta a la cita, en ese caso requerirá pagar la cuota por la sesión perdida como indicado arriba en sección numero dos (2). También este consiente que la corte será notificada de su falta.

## **5. Honorarios**

Todos los honorarios tienen que ser pagados al principio de la cita en efectivo o con giro postal (money order). Un cargo de servicio de \$20.00 será agregado por falta de pago, incluyendo falta a citas. Los servicios pueden ser suspendidos hasta que su cuenta quede clara. Si por falta de pago por el padre residencial las visitas han sido suspendidas y el padre visitante desea pagar toda la cuota esto se puede hacer a la discreción del terapeuta

Tome nota que el padre visitante no esta bajo ninguna obligación de pagar. Otra vez, todas las faltas de pago serán reportadas a la corte (aunque la diferencia sea pagada por el otro padre).

## **6. Participación de Otros**

Por favor este conciente, de que cuando sea útil al proceso terapéutico, el terapeuta puede elegir llamar a otros miembros de la familia/parejas para participar en la visita/sesiones.

## **7. Espera**

Se le pedirá al padre no-visitante que deje el establecimiento y que regrese al final de la visita, a menos que sea invitado a quedarse por el terapeuta.

## **8. Separación**

Si por alguna razón no esta cómodo viendo al otro padre, por favor infórmeselo al terapeuta para que el/ella haga arreglos para que espere en un área privada.

Nosotros creemos que es de gran beneficio para los niños tener contacto con los dos padres y que los padres puedan comunicarse en una manera positiva. Si siente que esta listo para hacer esto o que puede contribuir positivamente a la situación, por favor infórmeselo al terapeuta para que lo asista en solucionar la situación.

## **9. Reporte, Testimonios y Registros**

El Terapeuta asignado mandara en reporte sobre el progreso de la familia cuando es solicitado por la corte o antes de una fecha en corte importante si es solicitado por uno de los padres. Por favor entregue la forma para solicitar un reporte terapéutico con la tarifa adecuada por lo menos dos semanas antes de que necesite el reporte. La tarifa por un reporte terapéutico es \$100 por cada reporte. Todos los reportes serán proporcionados a los dos padres y al juez. Si la corte pide el reporte le pediremos a las dos partes que dividan el costo para preparar el reporte.

Los registros de Parenting Skills Program son confidenciales. Nos reportamos directamente con Expedited Services o la corte. Los registros Terapéuticos son especialmente confidenciales. Para poder liberarlos necesitaremos una subpoena duces tecum y un acuerdo de liberación de información por los dos padres o una orden del juez. Si por alguna razón necesita acceso a nuestros archivos, tenemos que recibir una subpoena duces tecum, con una cuota de \$20 para cubrir los costos de las copias. La cuota tiene que ser pagada al tiempo que la subpoena es entregada.

Si algún miembro del personal de Parenting Skills Program es llamado para testificar, la Corte estipula que tenemos que ser compensados por nuestro tiempo. Nuestra cuota es \$200 por hora con un mínimo de dos (2) horas (\$400). La cuota por testimonio telefónico es \$120 por hora (con mínimo una hora) para que la persona solicitada este disponible en un teléfono de la compañía para que la corte los contacte durante la audiencia entre un periodo especificado. La cuota del testimonio de PhD's será al precio de \$300 por hora con un mínimo de dos (2) horas (\$600). Cualquier tiempo que pase del mínimo será cobrado a la tarifa especificada. Esta cuota **tiene** que ser pagada al tiempo que se entregue la subpoena.

Subpoenas para apariencia en corte o copias de los registros deben de ser solicitados **al menos dos semanas antes** del día de la audiencia o cuando los registros son necesitados. Por favor este conciente que si no nos dan suficiente aviso par aparecer en corte, copiar los registros, o si el pago no acompaña la subpoena, le pediremos a la corte que anule la subpoena.

He leído la información de arriba y la Política. Cualquier confusión o dudas que tuve me fueron explicadas en una manera que pude entender.

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

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra molde)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

Reconozco haber recibido una copia de las reglas y regulaciones para servicios ordenados por la corte de familia. He leído las reglas y regulaciones y obtuve respuestas del personal de Parenting Skills a cualquier pregunta que tuve.

Por favor indique el servicio que requiere:

- Servicios Terapéuticos
- Intercambio Supervisado
- Visitas Supervisadas

Por favor haga una lista abajo de los días y horas que usted esta disponible para las visitas o los días y horas que esta solicitando para hacer los intercambios:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra molde)

\_\_\_\_\_  
Representante de Parenting Skills Program

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895 –ext 102  
Fax: (480) 967-4986

**IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Otra Parte: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Casa: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_ # de Trabajo \_\_\_\_\_

<b>Genero:</b>	<b>Estado Civil:</b>	<b>Estado Legal:</b>
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Referido por si mismo
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Ordenado Por Corte
	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> CPS
	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Corte Familiar
	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltero(a) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona para notificar en caso de emergencia:

Esposo(a) o pariente mas cercano: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Medico Familiar: \_\_\_\_\_ # de Tel de Medico: \_\_\_\_\_

Esta información es necesaria en caso de una emergencia

Información del Medico es para:  Adulto  Niño (a)

**Acuerdo de Pago:** Estoy de acuerdo en pagar al supervisor/terapeuta los honorarios determinados cuando los servicios son prestados a menos que haya otro acuerdo. (Vea reglas para clarificación). Las formas de pago aceptadas son dinero en efectivo y giro postal (money order).

Fuente de Pago:  Yo  Otro(Especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parte responsable si no es el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 E. Broadway Rd., Suite 14  
Tempe, AZ 85282  
480-967-6895 –ext 102  
Fax: 480-967-4986

**Reconocimiento de haber sido informado de las reglas de cancelaciones para clientes de los Servicios de la Corte Familiar**

- Se espera que el cliente se presente en sus citas con el personal de Parenting Skills.
- Excluyendo una emergencia imprevista documentable, si un cliente no puede llegar a su cita se esperara que el o ella llame a la agencia para cancelar dentro de 24 horas de la cita; si la cita es entre Martes a Viernes. Citas de Sábado, Domingo y lunes tienen que ser canceladas a las 9 am del viernes. Falla a hacer esto se considerara como falta a la cita.
- Si una persona tiene una emergencia imprevista, documentación verificable por escrito de esta emergencia debe de ser dada a Parenting Skills Program. El Director del Programa hará la decisión sobre la integridad de la excusa y juzgar la ocasión como emergencia o falta a la cita.
- Cualquier persona responsable por la falta a la cita será obligado a pagar por la cita perdida más un cargo de servicio de \$20.00. No se programaran más citas hasta que esta obligación sea completada.
- Si un cliente incurre una falta a una cita, el coordinador de DR escribirá y mandara una carta al cliente culpable, detallando la fecha y hora de la cita faltada y la obligación financiera necesaria para resumir servicios.
- Una copia de esta carta será mandada a la otra parte, como también al juez que los refirió y a cualquier tutor ad litem involucrado en el caso. Una copia de la carta también será guardada en el archivo del DR.

He sido informado de la reglas de las agencia sobre cancelaciones y si tuve cualquier pregunta se me fue contestada.

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895 –ext 102  
Fax: (480) 967-4986

Supervisión/asesoría terapéutica ordenada por la corte tiene confidencialidad limitada. Supervisores/terapeutas pueden reportar a la corte sobre el progreso del caso por teléfono y por escrito; También se les puede pedir que testifiquen durante los procesos de la corte.

He discutido los límites de la confidencialidad con \_\_\_\_\_  
Representante del personal de Parenting Skills Program, y yo doy mi consentimiento a las supervisión terapéutica bajo esas circunstancias. Cualquier área de confusión o dudas me fueron explicadas en una manera que pude entender.

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Authorized client rep. signature

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

**Human Resource Training, Inc.**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

**Derechos del Cliente/ Quejas/ Reconocimiento de Honorarios**

He sido informado de como obtener información por escrito relacionado con:

(Iniciales del cliente)

\_\_\_\_\_ Honorarios

\_\_\_\_\_ Derechos de Clientes

\_\_\_\_\_ Política de Quejas y Procedimientos

\_\_\_\_\_ Política de Reembolso

\_\_\_\_\_ He recibido una copias de las direcciones y teléfonos para la Oficina de Licencia para la Salud Conductual, División de Salud Conductual, Servicios de Protección al Adulto, Servicios de Protección al Menor, Autoridad Local Regional de Salud Conductual.

Cualquier pregunta que tuve recibí respuesta a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Personal de PSP

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

**DERECHOS DEL CLIENTE**

Los Estatutos R9-20-203 de Arizona, Departamento de Licencias para la salud Conductual (al cual nos referiremos de ahora en adelante como el "Departamento") manda que usted sea informado de sus derechos como cliente y si es necesario recibirán una copia de esta documentos los padres del cliente, guardia custodio, representante o agente designado.

A todos los clientes se les deberán otorgar los siguientes derechos básicos:

1. De ser tratado con dignidad, respeto, consideración, y de ser apoyado en sus decisiones, fortalezas y habilidades.
2. De no ser discriminado en contra sobre la base de su raza, nacionalidad de origen, religión, genero, orientación sexual, incapacidad, estado conyugal, diagnóstico, o fuente de pago.
3. De recibir tratamiento que:
  - a. Apoya y respeta la individualidad, preferencias y inhabilidades;
  - b. Apoya la libertad personal y solamente se restrinja la libertad personal de acuerdo con una orden tribunal, por consentimiento del cliente, o según lo permita esta capitula;
  - c. Es ofrecido en el ambiente menos restrictivo que cubra las necesidades de su tratamiento.
4. De ejercer los derechos civiles a menos que el cliente se haya declarado como incompetente o haya un hallazgo específico que tal individuo es incapaz del derecho específico o la categoría de derechos.
5. De Presentar sus quejas a miembros del personal de una agencia y a entidades externas y otros individuos sin detenerse y sin represalias.
6. De que se consideren sus quejas por una persona bajo licencia en forma justa, oportuna e imparcial.
7. De consejero legal, elección del cliente y todas las demás requisitos del debito proceso, de gastos del cliente.
8. De recibir la ayuda de la familia, un presente designado, vocero u otro individuo para entender, proteger o ejercer los derechos del cliente.
9. Si es registrado por el "departamento" o autoridad regional de la salud del comportamiento como un individuo que se encuentra con una enfermedad mental seria, recibirá ayuda por parte de los voceros de derechos humanos provistos por el "Departamento" o un designado del "Departamento" para el entendimiento, la protección, o el ejercicio los derechos del cliente.
10. La información personal mantenida en manera confidencial, dispensada solamente como permitido en R9-20-211 (A)(3) y (B).
11. La confidencialidad en el tratamiento, incluyendo el derecho de no dejar sus huellas digitales, ser fotografiado, grabado o firmado sin su consentimiento general, de excepto:
  - a. Fotografiado por la identificada del cliente y razones administrativos, como procedido por A.R.S. § 36-507 (2);
  - b. El cliente que reciba tratamiento acuerdo a A.R.S. Titulo 36 Capitulo 37;
  - c. Grabaciones de video usadas por razones de seguridad y mantenido por tiempo temporáneo; o
  - d. Como descrito en R9-20-602(A)(5).
12. De revisar los expedientes del cliente durante las horas de operación de la agencia mediante solicitud escrita por parte del cliente o a tiempo de acuerdo con el director de clínica, excepto a lo descrito en R9-20-211 (A)(6).
13. De revisar el siguiente en la agencia o en el "Departamento":
  - a. Las reglas del A.A.C., Titulo 9, Capitulo 20.
  - b. El reporte de la inspección mas recién conducida por el "Departamento";
  - c. El plan de corrección en efecto según lo requerido por el "Departamento"; o
  - d. La inspección o plan de coacción presentada por una agencia nacional y reconocida que confirma en lugar de la inspección del "Departamento."
14. De ser informado de todas las cuotas que el cliente tiene que pagar y los procedimientos y políticas de reembolso de la agencia antes de recibir los servicios de salud del comportamiento, provistos al cliente que se encuentra sufriendo de una situación de crisis.
15. De recibir una explicaron verbal de las condiciones del cliente u un tratamiento propuesto incluyendo el resultado pretendido, la naturaleza y cualquier procedimiento relacionado con el tratamiento propuesto, riesgos posibles, o efectos secundarios, así como cualquier alternativa a dicho tratamiento.
16. De ser ofrecido el tratamiento específico o referido para recibir tratamiento indicado en el plan de tratamiento del cliente.
17. De ser referido, según sea apropiado, donde otros proveedores de servicios de salud conductual cuando la agencia no este en capacidad de ofrecer los servicios de salud conductual que el cliente solicita o que sean indicados en el plan de tratamiento del cliente.
18. De dar consentimiento general y, si aplica, consentimiento informado para el tratamiento, rehusar el tratamiento, o quitar el consentimiento general o informado, a menos que el tratamiento sea ordenado por un tribunal según A.R.S. Titulo 36, Capitulo 5; o que es necesario para salvar la vida o salud física del cliente.
19. De no Endura:

- a. Abuso;
  - b. Falta de cuidado;
  - c. Aprovechamiento;
  - d. Coerción;
  - e. Manipulación;
  - f. Represalia por presentar un reclamo en :Departamento" o a otra entidad;
  - g. Terminación o transferencia, o amenaza de terminación o transferencia por razones no relacionadas con las necesidades de tratamiento del cliente excepto cuando se establece en un acuerdo de cuota firmado por el cliente o los padres, guardián, persona a cargo, o agente del cliente;
  - h. Tratamiento que incluye niega de:
    - i. Comida
    - ii. La oportunidad de dormir
    - iii. La oportunidad de usar el baño y
  - i. La restricción o reclusión de cualquier tipo usado como forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
20. La colaborada de los padres, guardián, persona a cargo, o agente del cliente en las decisiones del tratamiento y en el desarrollo y la revisa periódica del plan de tratamiento.
21. De controlar sus finanzas excepto donde se indicado por A.R.S. § 36-507(5).
22. De participar o rehusarse a participar en actividades religiosas.
23. Rehusarse a hacer labores para una agencia, excepto actividades de limpieza, y actividades para mantener la salud y higiene personal.
24. De ser compensado de acuerdo con las leyes estatales y federales por trabajos que benefician primariamente la agencia y no sea parte del plan de tratamiento del cliente.
25. De rehusarse a participar en el tratamiento experimental o de investigación.
26. De rehusarse a participar en investigación o experimentación o tratamiento que no sea reconocido profesionalmente sin el consentimiento informado y escrito por el cliente y la oportunidad para revocar tal consentimiento.
27. de rehusarse de hacer afirmaciones publicas por escritura o anuncios públicos que agradecen su gratitud con el programa.
28. De recibir servicios de salud del comportamiento en un ambiente libre de humo de cigarros, aunque se podría permitirlo fuera de la facilidad.
29. Para el cliente que recibe el tratamiento en una agencia residencial:
- a. Si comparte la sala con otra cliente es obligado que la sala sea asignada acuerdo de R9-20-405(F) y, si sea aplicable, al R9-20-404(A)(4)(a);
  - b. Asociarse con individuos que el cliente elija, recibir conocidos y hacer telefónicas durantes horas establecidas por el titular de la licenciada, al menos que:
    - i. El director de la clínica determina y documenta el propuesto de tratamiento que justifica la restricción de este derecho;
    - ii. De le informa al cliente la razón para la restricción del derecho; y
    - iii. Se le informa al cliente del derecho de presentar su queja a la agencia y las instrucciones para hacerla.
  - c. La discreción de correspondencia, comunicación, visitación, asuntos financieros, e higiene personal al menos que:
    - i. El director de la clínica determina y documenta el propuesto de tratamiento que justifica la restricción de este derecho;
    - ii. Se le informa al cliente la razón para la restricción del derecho; y
    - iii. Se le informa al cliente del derecho de presentar su queja a la agencia y las instrucciones para hacerla.
  - d. Recibir y mandar correo que no esta censurado o abierto, al menos que este derecho es restringido por el tribunal, o:
    - i. El director de la clínica determina y documenta el propuesto de tratamiento que justifica la restricción de este derecho;
    - ii. Se le informa al cliente la razón para la restricción del derecho; y
    - iii. Se le informa al cliente del derecho de presentar su queja a la agencia y las instrucciones para hacerla.
  - e. Mantener, enseñar y usar cosas personales, incluyendo la ropa, al menos que le restrinja por orden del tribunal o de acuerdo de A.R.S. § 36-507(5) y por la información documentado en el archivo del cliente;
  - f. El espacio en las cercanías que es personal y que cierra para guardar de cosas personales, mientras el cliente recibe tratamiento;
  - g. Recibir la comida que satisface las necesidades nutricionales del cliente y que respete las preferencias del cliente.
  - h. Recibir ayuda en la obtenga de la ropa que el cliente elige y la cual es limpia y conforme con el clima;
  - i. Acceso a servicios médicos, incluyendo los de contraceptivos, para la mantenga de la salud, seguridad, y beneficio del cliente;
  - j. Las oportunidades para relaciones sociales y actividades de diversión y recobro;
  - k. El aviso a los requisitos necesarios para la despida o la transferencia del cliente al ambiente menos restringido; y
  - l. Recibirá, en el momento que sea despido o transferido, recomendaciones por cualquier tratamiento necesario.

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

**CLIENTS' SERVICE CONTACT LIST/  
LISTA DE CONTACTOS PARA SERVICIOS DE CLIENTES**

**OFFICE OF BEHAVIORAL HEALTH LICENSING  
OFICINA DE LICENCIA PARA LA SALUD CONDUCTUAL**  
150 N.18<sup>TH</sup> Ave., Suite 410  
Phoenix, AZ 85007-3242  
Phone: 602-364-2595

**OFFICE OF HUMAN RIGHTS  
OFICINA DE DERECHOS HUMANOS**  
150 N. 18th Ave, 2nd floor  
Phoenix, AZ 85007-3242  
Phone: 602-364-4558

**DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES  
DIVISION DE SALUD CONDUCTUAL**  
150 N.18<sup>TH</sup> Ave.  
Phoenix, AZ 85007  
Phone: 602-542-1001

**ADULT PROTECTIVE SERVICES  
SERVICIOS DE PROTECCION AL ADULTO**  
Administration: 3221 N. 16th St., Suite 400  
Phoenix, AZ 85016  
Phone: 602-542-4446  
Senior Help Line: 602-264-4357

**CHILD PROTECTIVE SERVICES  
SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR**  
Administration: 3221 N. 16th St, Suite 400  
Phoenix, AZ 85016  
Phone: 602-264-1360  
**To Report Child Abuse/ Para reportar abuso a menores: 1-888-767-2445**

**LOCAL REGIONAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY  
AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD CONDUCTUAL**  
**Magellan Health Services**  
Administration: 444 N. 44th St., Suite 400  
Phoenix, AZ 85008  
Phone: 1-800-564-5465

**POISON CONTROL CENTER  
CENTRO DE CONTROL DE EVNENENAMIENTO E INTOXICACIONES**  
Phoenix: 602-253-3334  
Statewide: 1-800-362-0101

**EMERGENCY/ EMERGENCIA: 911**

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

**Parenting Skills Program**  
**Política de Quejas**

- I. **Política:** Quejas de Clientes
- II. **Propósito de Política:** Establecer un línea clara de comunicación para que los clientes puedan presentar sus quejas con el administrador y/o a entidades externas/contratadas.
- III. **Procedimiento:**
  - A. Todos los clientes de Servicios de Salud Mental son informados de su derecho de presentar una queja sobre los servicios que reciben de PSP. Esta información es parte de la aplicación inicial.
  - B. Al momento que una queja es iniciada, el cliente, padre o guardián recibirá una copia nueva del procedimiento de PSP para presentar quejas.
  - C. Si el problema no puede ser resuelto por el Procedimiento y Política de Quejas de Clientes, el cliente, padre o guardián puede poner su queja por escrito. La queja será distribuida al cliente, terapeuta, Supervisor Clínico y Director Ejecutivo.
  - D. El Supervisor Clínico del terapeuta responderá, por escrito, dentro de 5 días hábiles.
  - E. Si acción tomada por el Supervisor Clínico de parte del cliente respecto a una violación de los derechos del cliente es desfavorable, insuficiente o fuera del tiempo asignado, el cliente o su representante puede presentar una apelación al director ejecutivo. El Director Ejecutivo responderá por escrito dentro de 5 días hábiles.
  - F. Si el cliente, padre o guardián no esta satisfecho a cualquier momento del proceso el/ella tiene el derecho de hacer contacto con el Departamento de Servicio de Salud de Arizona – **Oficina de Salud Conductual: 150 N. 18th Ave. Suite 410 Phoenix, AZ 85007-3342 Tel: 602-364-2595 Fax: 602-364-4801**

Formas: Formulario de Quejas

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

## **Parenting Skills Program**

### **Formulario de Quejas**

Fecha Presentada: \_\_\_\_\_

Nombre de Cliente involucrado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de persona presentando queja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con la persona presentando queja o cliente:

Si mismo (Edad 14+)     Miembro de familia     Amigo(a)     Abogado     Otro

Una queja de parte de un menor puede ser iniciada por: Padre con custodia legal, guardián legal, *Tutor ad litem* (abogado designado por la corte para el menor), la persona designada por la corte como la persona con custodia física del menor(es), o un representante de la persona designada por la corte como la persona con custodia física.

Descripción de la queja (por favor incluya fechas, nombres, ubicación, o cualquier otro intento de resolver el problema, adjuntar papel adicional si es necesario):

¿Que solución desea?

Nombre de la persona completando este formulario: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

CC: Cliente  
Terapeuta de PSP  
Director Clínico de PSP  
Director Ejecutivo de HRT

**Human Resource Training, Inc**  
**Parenting Skills Program**  
2131 East Broadway Road, Suite 14  
Tempe, Arizona 85282  
Tel: (480) 967-6895  
Fax: (480) 967-4986

**Parenting Skills Program**  
**Política de Reembolso**

- I. **Política:** Reembolso
  
- II. **Propósito de la Política:** Establecer el procedimiento para que los clientes de paga puedan obtener reembolso de los honorarios
  
- III. **Procedimiento:**
  1. Si el cliente siente que debe recibir un reembolso de los honorarios debe presentar su reclamo por escrito dirigido hacia el Director del programa. Si la persona es cliente por orden de la corte, una copia de su reclamo debe ser mandado a todas las partes involucradas en la acción legal de su caso para que el director pueda responder a su reclamo.
  
  2. Al recibir la carta, el director analizará el reclamo, evaluará su validez y responderá por escrito al cliente y a todas las personas que recibieron copias del reclamo.
  
  3. Si el cliente no esta satisfecho con la decisión puede presentar una queja como explicada en la política de quejas.