

COSTO

El costo de la evaluación de alcohol y drogas lo establece el programa. Es la responsabilidad del acusado pagar por la evaluación. Sin embargo, los programas deben proveer evaluaciones de alcohol y drogas a un honorario reducido a acusados que pueden probar que no pueden pagar el costo completo, según estándares establecidos por el programa.

REGULACIONES

Los programas que facilitan las evaluaciones de DUI para la Corte u Oficina de la Secretaría de Estado tienen licencia y están regulados por la Oficina de Alcoholismo y Abuso de Substancias del Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Los evaluadores profesionales que trabajan en estos programas deben reunir los estándares ordenados por el Departamento y completar entrenamiento adicional anualmente. Los programas se inspeccionan y tienen que estar en acuerdo con las reglas y regulaciones del Departamento para mantener su licencia.

QUEJAS

El Departamento tiene la autoridad reglamentaria para investigar a los programas que proveen evaluaciones de alcohol y drogas para las personas acusadas de manejar bajo los efectos de alcohol (DUI). Preguntas y/o quejas referente a los servicios provistos de DUI deben ser dirigidas a:

Illinois Department of Human Services
Division of Alcoholism and Substance Abuse
Licensing and Certification
401 South Clinton Street, Second Floor
Chicago, Illinois 60607
312-814-3840



Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

Si tiene alguna pregunta sobre alcohol u otras drogas, llame al:

Departamento de Servicios Humanos
División de Alcoholismo y Abuso de Substancias
1-866-213-0548 (Voz, llamada gratis)
1-866-843-7344 (TTY, llamada gratis)

Si tiene preguntas sobre los programas y servicios que ofrece el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), por favor llame o visite su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC). Contestaremos sus preguntas. Si no sabe dónde está su FCRC o si no puede ir hasta allí, llame a la línea automatizada de ayuda las 24 horas del día al:

1-800-843-6154
1-800-447-6404 (TTY)

Usted puede hablar con un representante entre las:

8:00 a.m. - 5:30 p.m. Lunes - Viernes
(excepto en días feriados del estado)

Visite nuestro sitio por Internet en:

www.dhs.state.il.us



Los programas, actividades y oportunidades de empleo con el Departamento de Servicios Humanos de Illinois están disponibles y son accesibles a cualquier individuo o grupo sin considerar la edad, sexo, raza, orientación sexual, discapacidad, origen étnico o religión. El departamento es un empleador que ofrece igualdad de oportunidad de empleo, practica acción afirmativa y tiene programas para acomodar razonablemente sus necesidades.

DHS 4499S (R-04-14) DHS/DASA DUI Processes and Evaluations
Printed by the Authority of the State of Illinois.
50 copies P.O.#14-1087



DUI

(manejar bajo los efectos del alcohol y/o drogas)

Procesos y Evaluaciones



INTRODUCCIÓN

En Illinois, cualquier persona que sea arrestada por manejar bajo la influencia de alcohol y / u otras drogas (Driving Under Influence - DUI), debe hacerse una evaluación sobre drogas y alcohol antes que sea sentenciado por la ofensa de DUI o la Oficina de la Secretaría del Estado le otorgue privilegios para manejar completos o limitados.

El propósito de la evaluación es determinar el grado del uso de alcohol y/o drogas del acusado y del riesgo asociado con la seguridad pública actual y futura. Se revisan las siguientes áreas: historial del acusado como conductor, resultados del examen químico (contenido de alcohol en la sangre), puntaje y categoría del Examen Objetivo y entrevista con un evaluador.

El enfoque de la entrevista es el uso de alcohol y drogas en el pasado y en la actualidad, específicamente cómo se relaciona al historial como conductor. Las respuestas del acusado se comparan con el expediente de manejo, el puntaje del Examen Objetivo, los resultados del examen químico y posiblemente otras fuentes confirmativas. Las inconsistencias entre el acusado y el evaluador se deben reconciliar. Si no es así, la evaluación no tendrá validez y podría resultar en las siguientes consecuencias:

- Los privilegios para manejar han sido negados por la Oficina de la Secretaría del Estado.
- La Corte o la Oficina de la Secretaría del Estado pide que el acusado pague por otra evaluación.
- Demora en la sentencia por DUI o demora en la consideración para otorgar privilegios completos o restringidos para manejar.

Cuando la evaluación se completa, el evaluador determinará la clasificación y la recomendación y, será registrada en el formulario "Reporte Uniforme de Alcohol y Drogas para la Corte u Oficina de la Secretaría del Estado". Luego este formulario será enviado a la Corte o entregado al acusado para llevarlo a la Oficina de la Secretaría del Estado para una audiencia sobre la licencia de manejar.

La clasificación será uno de los siguientes:

- Riesgo Mínimo
- Riesgo Moderado
- Riesgo Significativo
- Riesgo Alto

RECOMENDACIONES

La recomendación mínima para la Corte u Oficina de la Secretaría del Estado relacionada a cada clasificación es como sigue:

Riesgo Mínimo

Completar un mínimo de diez horas en Educación de los Riesgos de DUI.

Riesgo Moderado

Completar un mínimo de diez horas en Educación de los Riesgos de DUI y un mínimo de 12 horas de intervención temprana, provisto en un periodo mínimo de cuatro semanas con no menos de tres horas por día en siete días consecutivos, subsiguientemente completar todo el tratamiento necesario y, después de darle de alta, participar activamente en todas las actividades especificadas en el plan continuo de cuidado después que complete la intervención temprana, si se recomienda.

Riesgo Significativo

Completar un mínimo de diez horas en Educación de los Riesgos de DUI y un mínimo de 20 horas de tratamiento para abuso de substancias y después de darle de alta, participar activamente en todas las actividades especificadas en el plan continuo de cuidado.

Riesgo alto

Completar un mínimo de 75 horas del tratamiento por abuso de substancias y, después de darle de alta, participar activamente en todas las actividades especificadas en el plan continuo de cuidado.

En todos los casos, es discreción de la Corte determinar qué tipo de recomendación será parte final de la sanción por la ofensa de DUI, si hay alguna. Sin embargo, si la evaluación de alcohol y drogas es para la Oficina de la Secretaría del Estado y se relaciona a devolver los privilegios completos o limitados para manejar, se requerirá que el acusado complete cualquier recomendación contenida en la evaluación de alcohol y drogas.

El acusado tiene el derecho a rehusar la evaluación de alcohol y drogas completada, retirarse del proceso en cualquier momento, o buscar una segunda opinión haciendo otra evaluación. Sin embargo, cualquier información provista puede ser entregada a la Corte u Oficina de la Secretaría del Estado, cuando se pida. Si no se completa el procedimiento de evaluación, se enviará un aviso a la Corte u Oficina de la Secretaría del Estado.

The following is a listing of agencies in Lake County, IL as included in the Illinois Division of Alcoholism and Substance Abuse (DASA) Directory of licensed service providers. Please choose and contact a licensed agency as soon as possible in order to make arrangements for completing your program. See below for information about additional DASA licensed providers, but don't hesitate to call us if you are having difficulty locating a provider.

About Change Counseling 118 Barrington Commons Ct. Barrington, IL 60010 630-669-7161	Nicasa Bridge House 3016 Grand Avenue Waukegan, IL 60085 847-662-4124	Nicasa Behavioral Health 1113 Greenwood Ave Waukegan, IL 60087 847-244-4434	Renacer Latino, INC. 620 Washington St. Waukegan, IL 60085 847-336-7302
Addictions Associates Therapy, Inc. 322 Peterson Road Libertyville, IL 60048 847-549-0083	DUI & Addictions Counseling Center, INC. 333 E. Route 83 STE B7 Mundelein, IL 60060 847-949-4596	Nicasa Behavioral Health English and Spanish Available 31979 N. Fish Lake Rd. Round Lake, IL 60073 847-546-6450	Presence Behavioral Health – Lake Bluff 71 Waukegan Rd. STE 900 Lake Bluff, IL 60044 847-493-3575
Allied Psychological Services 501 W Peterson Rd. #101 Libertyville, IL 60048 847-680-3842	Behavioral Services Center 5101 Washington St. Suite 11 Gurnee, IL 60031 847-673-8577	Nicasa Behavioral Health 2900 N. Main St. Buffalo Grove, IL 60069 847-634-6422	Treatment Centers of Illinois- 1020 Milwaukee Ave. STE 310 Deerfield, IL 60015 877-785-0111
Arlington Center For Recovery, LLC 21457 Milwaukee Ave. Deerfield, IL 60015 847-427-9680	Gateway Foundation 25480 W. Cedarcrest Ln. Lake Villa, IL 60046 847-356-8205	Nicasa Behavioral Health 1724 1 st St. Highland Park, IL 60035 847-433-1303	Weckler and Associates, Limited 68 Ambrogio Dr. STE101 Gurnee, IL 60031 847-662-5588
Behavioral Services Center 25975 N. Diamond Lake Rd. Mundelein, IL 60060 847-929-4068	L.S. Berkley and Associates 1207 Old McHenry Rd. STE 212 Buffalo Grove, IL 60089 847-478-8332	Northwestern Lake Counseling 17 W. Grand Ave. Fox Lake, IL 60020 847-587-8400	Western Lake Counseling and DUI Programs, LLC 21 W. Grand Ave. Fox Lake, IL 60020 847-587-9700
Counseling Center, INC. 95 W. Grand Ave. STE 100 Lake Villa, IL 60046 815-455-3400	Nicasa Behavioral Health Zion Township Bldg. 1015 27 th St. Zion, IL 60099 847-546-6450	Soft Landings at Highland Park 1910 1 st Street Suite 2N Highland Park, IL 60035 630-261-9220	Counseling Center, INC. 28940 W. Il Route 120 Lakemoor, IL 60051 815-455-3400
Arden Shore Child and Family Services 329 N. Genesee Street Waukegan, IL 60085 847-623-1730	Calming Solutions 123 Water Street Waukegan, IL 60085 847-406-9527	Mathers Recovery, LLC 81 E. Grand Avenue Fox Lake, IL 60020 847-462-6099	Victory Vision 500 West Central Road Suite 100 C Mount Prospect, IL 60056 847-788-9622 DUI@victory-vision.com *Cook County provider **Services provided in additional languages
Counseling Center, INC. 33 N. County St. STE 603 Waukegan, IL 60085 815-455-3400	Nicasa Behavioral Health 2031 Dugdale Rd. North Chicago, IL 60064 847-785-8660	Renacer Latino, INC. 900 N. Lake St. STE 100 Mundelein, IL 60060 847-336-7324	

Illinois Department of Human Services
Division of Alcoholism and Substance Abuse
401 South Clinton Street, Second Floor
Chicago, IL 60607 (ph) 312-814-3840
https://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27896/documents/By_Division/OASA/Directories/License_Directory_by_County.pdf

Illinois Department of Human Services
Division of Alcoholism and Substance Abuse
Centrum Building, 319 East Madison, Ste 2D
Springfield, IL 62701 (ph) 217-524-4138



JB Pritzker, Governor

James T. Dimas, Secretary-designate

100 South Grand Avenue East • Springfield, Illinois 62762
401 South Clinton Street • Chicago, Illinois 60607

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para obtener una Evaluación sobre Alcohol y Drogas para el Tribunal de Distrito o la Oficina de la Secretaría del Estado, yo estoy de acuerdo en proporcionar la información siguiente:

- Una copia de mi compendio o resumen de manejo o un resumen escrito de mi historial de manejo obtenido de la Oficina del Secretario del Estado;
- Los resultados escritos de cualquier examen de sustancias químicas o documentación por rehusar dicho examen que ocurrió después de mi arresto por manejar bajo la influencia de alcohol y / u otras drogas (DUI); y
- Historial del uso de alcohol y drogas desde el primer uso hasta el presente.

También atestiguo que yo no he hecho ninguna otra evaluación de alcohol y drogas como resultado de mi arresto por DUI o si lo hice, estoy de acuerdo en proveer una copia de todas las evaluaciones o si han sido completadas, el nombre y dirección de dichos programa(s). Doy también mi consentimiento para que este programa obtenga la información de cualquier programa(s) donde comencé previamente y / o completé cualquier evaluación sobre alcohol y drogas relacionadas a mi arresto por DUI. He leído la información del folleto "Proceso y Evaluación de DUI" del Departamento de Servicios Humanos que explica el proceso de evaluación para alcohol y drogas. Entiendo que en cualquier momento tengo derecho a retirarme del proceso de evaluación, rehusar la evaluación de alcohol y drogas completada o buscar una segunda opinión obteniendo otra evaluación. Entiendo además que cualquier información que proveo puede ser entregada al Tribunal del Distrito, Oficina de la Secretaría del Estado o Departamento de Servicios Humanos, si lo piden. Si yo no completo la evaluación o no regreso a firmar y obtener mi copia de la evaluación dentro de los 30 días de la fecha de haberla terminado, se enviará un aviso al Tribunal del Distrito o a la Oficina de la Secretaría de Estado junto con cualquier información pertinente a mi participación en este programa.

Firma del Acusado

Fecha

Firma del Padre / Tutor (Si el Acusado es menor de 18)

Fecha

Atestado por:

Firma

Fecha

SI NO SE DA EL CONSENTIMIENTO, POR FAVOR INDIQUE QUE USTED HA LEÍDO ESTE FORMULARIO CON SUS INICIALES EN ESTA LÍNEA. _____

Bienvenidos a los Servicios de Nicasa

Para mejor servicio, El Departamento de Cuentas de Clientes ha desarrollado una lista de reglas para pagar. Le pedimos que usted siga estas reglas de asistencia y procedimientos de pagar.

Asistencia

Tomamos la asistencia en el momento en que usted recibe su recibo. Antes de entrar a su grupo, siempre tiene que pasar a la caja para recoger su recibo aun si ya ha pagado todo el programa. Nosotros usamos este metodo para contar y verificar la asistencia. Si usted no obtiene su recibo de la cajera o el cajero, sera marcado como ausente. Se requiere su asistencia en cada sesión. Si usted no puede asistir alguna de las sesiones, tiene que ponerse en contacto con su consejero o consejera.

Cobro de multa para la cancelación

Si usted falta una de las citas designadas, se le agregara un cobro de multa de \$25 por no asistir. El horario designado es especificamente programado para usted y requeremos que usted cancele por lo menos 24 horas antes de su cita. Si esta en un grupo o en una sesión individual, también tiene que ponerse en contacto con su consejero o consejera principal llamandole al (847) 546-6450.

Sesiones de la reducción del riesgo

Se requiere el pago completo en la primera sesión.

Servicios del paciente externo

En cada sesión se le cobrara por el costo del programa. Se requiere que pague en cada sesión. Si no paga en cada sesión, puede ser expulsado del grupo y tendra que empezar de nuevo. Tendra que pagar toda la cuenta antes de que vuelva a empezar.

Servicios individuales

Todos los servicios individuales deben ser pagados a la hora del servicio.

Cheques rechazados

Hay un cobro de proceso de \$25 para los cheques regresados y este sera agregado a su cuenta. Se requiere un pago en efectivo más los \$25 de proceso. Todos los servicios seran suspendidos hasta que pague lo que debe.

Reembolso de la aseguranza

Nuestra poliza es que usted es responsable por la cuenta en el momento del servicio. Por favor avise al departamento de cuentas si quiere procesar la aseguranza. Nicasa verificara los beneficios y estamos disponibles para ayudarle. Por favor pongase en contacto con la cajera o el cajero para obtener la forma para aseguranza. Completando esta forma devuelvala a la caja.

Gracias por escoger a Nicasa.

Trataremos de hacer todo el esfuerzo para contestar sus preguntas.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.

Your health record contains personal information about you and your health. State and federal law protects the confidentiality of this information. "Protected health information"(PHI) is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services. The confidentiality of alcohol and drug abuse Client records is specifically protected by Federal law and regulations. The confidentiality of mental health client records is specifically protected by state law. Nicasa is required to comply with these additional restrictions. This includes a prohibition, with very few exceptions, on informing anyone outside the program that you attend the program or disclosing any information that identifies you as an alcohol or drug abuser. The violation of these laws or regulations by this program is a crime. If you suspect a violation you may file a report to the appropriate authorities in accordance with Federal regulations or applicable law.

How We May Use and Disclose Health Information About You

- **For Services.** We may use medical and clinical information about you to provide you with services.
- **For Payment.** With your authorization, we may use and disclose medical information about you so that we can receive payment for the services provided to you. If you are receiving substance abuse treatment services, this will only be done with your authorization.
- **For Health Care Operations.** We may use and disclose your protected health information ("PHI") for certain purposes in connection with the operation of our program.
- **Without Authorization.** Applicable law also permits us to disclose information about you without your authorization in a limited number of other situations, such as with a court order. These situations are explained on the following pages.
- **With Authorization.** We must obtain written authorization from you for other uses and disclosures of your PHI.

Your Rights Regarding Your PHI. You have the following rights regarding PHI we maintain about you:

- **Right of Access to Inspect and Copy.** You have the right, which may be restricted in certain circumstances, to inspect and copy PHI that may be used to make decisions about your care. We may charge a reasonable, cost-based fee for copies.
- **Right to Amend.** If you feel that the PHI we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information although we are not required to agree to the amendment.
- **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request an accounting of the disclosures that we make of your PHI.
- **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the use or of your PHI for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to your request.
- **Right to Request Confidential Communication.** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location.
- **Right to a Copy of this Notice.** You have the right to a copy of this notice.
- **Complaints.** You have the right to file a complaint in writing to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe we have violated your privacy rights. *We will not retaliate against you for filing a complaint.*

**If you have any questions about this Notice of Privacy Practices,
please contact Nicasa's Privacy Officer at
Nicasa, 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073, (847) 546-6450**

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information (“PHI”) in accordance with all applicable law. It also describes your rights regarding how you may gain access to and control your PHI. We are required by law to maintain the privacy of PHI and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to PHI. We are required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We reserve the right to change the terms of our Notice of Privacy Practices at any time. Any new Notice of Privacy Practices will be effective for all PHI that we maintain at that time. We will make available a revised Notice of Privacy Practices by posting a copy on our website NICASA.ORG, sending a copy to you in the mail upon request, or providing one to you at your next appointment.

How We May Use and Disclose Health Information About You

Listed below are examples of the uses and disclosures that Nicasa may make of your protected health information (“PHI”). These examples are not meant to be exhaustive. Rather, they describe types of uses and disclosures that may be made.

Uses and Disclosures of PHI for Services, Payment and Health Care Operations

Services. Your PHI may be used and disclosed by your physician, counselor, program staff and others outside of our program that are involved in your care for the purpose of providing, coordinating, or managing your health care treatment and any related services. This includes coordination or management of your health care with a third party, consultation with other health care providers or referral to another provider for health care treatment. For example, your protected health information may be provided to the state agency that referred you to our program to ensure that you are participating in treatment. In addition, we may disclose your protected health information from time-to-time to another physician or health care provider (e.g., a specialist or laboratory) who, at the request of the program, becomes involved in your care. Except for emergency services, we will not send your PHI to an outside health care provider who is caring for you unless you give us written authorization to do so.

Payment. Examples of payment-related activities are: making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits, processing claims with your insurance company, reviewing services provided to you to determine medical necessity, or undertaking utilization review activities. If you are in a substance abuse treatment program, we will not use your PHI to obtain payment for your health care services without your written authorization. If you are in a mental health program, we may use your PHI to obtain payment for your health care services without your written authorization.

Healthcare Operations. We may use or disclose, as needed, your PHI in order to support the business activities of our program including, but not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician or counselor. We may also call you by name in the waiting room when it is time to be seen. We may share your PHI with third parties that perform various business activities (e.g., billing or typing services) for Nicasa, provided we have a written contract with the business that prohibits it from re-disclosing your PHI and requires it to safeguard the privacy of your PHI.

We may contact you to remind you of your appointments or to provide information to you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. We may also contact you concerning Nicasa’s fundraising activities.

Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Authorization

Required by Law. We may use or disclose your PHI to the extent that the use or disclosure is required by law, made in compliance with the law, and limited to the relevant requirements of the law. You will be notified, as required by law, of any such uses or disclosures. Under the law, we must make disclosures of your PHI to you upon your request. In addition, we must make disclosures to the Secretary of the Department of Health and Human Services for the purpose of investigating or determining our compliance with the requirements of the Privacy Rule.

Health Oversight. We may disclose PHI to a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations, and inspections. Oversight agencies seeking this information include government agencies and organizations that provide financial assistance to the program (such as third-party payors) and peer review organizations performing utilization and quality control. If we disclose PHI to a health oversight agency, we will have an agreement in place that requires the agency to safeguard the privacy of your information.

Medical Emergencies. We may use or disclose your protected health information in a medical emergency situation to medical personnel only. Our staff will try to provide you a copy of this notice as soon as reasonably practicable after the resolution of the emergency.

Child Abuse or Neglect. We may disclose your PHI to a state or local agency that is authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. However, the information we disclose is limited to only that information which is necessary to make the initial mandated report.

Deceased Clients. We may disclose PHI regarding deceased Clients for the purpose of determining the cause of death, in connection with laws requiring the collection of death or other vital statistics, or permitting inquiry into the cause of death.

Research. We may disclose PHI to researchers if (a) an Institutional Review Board reviews and approves the research and a waiver to the authorization requirement; (b) the researchers establish protocols to ensure the privacy of your PHI; (c) the researchers agree to maintain the security of your PHI in accordance with applicable laws and regulations; and (d) the researchers agree not to redisclose your protected health information except back to Nicasa.

Criminal Activity on Program Premises/Against Program Personnel. We may disclose your PHI to law enforcement officials if you have committed a crime on program premises or against program personnel.

Court Order. We may disclose your PHI if the court issues an appropriate order and follows required procedures.

Interagency Disclosures. Limited PHI may be disclosed for the purpose of coordinating services among government programs that provide mental health services where those programs have entered into an interagency agreement.

Public Safety. If you are in a mental health treatment program only, we may disclose PHI to avert a serious threat to health or safety, such as physical or mental injury being inflicted on you or someone else.

Uses and Disclosures of PHI With Your Written Authorization

Other uses and disclosures of your PHI will be made only with your written authorization. You may revoke this authorization at any time, unless the program or its staff has taken an action in reliance on the authorization of the use or disclosure you permitted.

Your Rights Regarding your Protected Health Information

Your rights with respect to your protected health information are explained below. Any requests with respect to these rights must be in writing. A brief description of how you may exercise these rights is included.

You have the right to inspect and copy your Protected Health Information

You may inspect and obtain a copy of your PHI that is contained in a designated record set for as long as we maintain the record. A "designated record set" contains medical and billing records and any other records that the program uses for making decisions about you. Your request must be in writing. We may charge you a reasonable cost-based fee for the copies. We can deny you access to your PHI in certain circumstances. In some of those cases, you will have a right to appeal the denial of access. Please contact our Privacy Officer if you have questions about access to your medical record.

You may have the right to amend your Protected Health Information

You may request, in writing, that we amend your PHI that has been included in a designated record set. In certain cases, we may deny your request for an amendment. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us. We may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of it. Please contact the Nicasa Privacy Officer if you have questions about amending your medical record.

You have the right to receive an accounting of some types of Protected Health Information disclosures.

You may request an accounting of disclosures for a period of up to six years, excluding disclosures made to you, made for treatment purposes or made as a result of your authorization. We may charge you a reasonable fee if you request more than one accounting in any 12 month period. Please contact our Privacy Officer if you have questions about accounting of disclosures.

You have a right to receive a paper copy of this notice.

You have the right to obtain a copy of this notice from us. Any questions should be directed to our Privacy Officer.

You have the right to request added restrictions on disclosures and uses of your Protected Health Information.

You have the right to ask us not to use or disclose any part of your PHI for treatment, payment or health care operations or to family members involved in your care. Your request for restrictions must be in writing and we are not required to agree to such restrictions. Please contact our Associate Director if you would like to request restrictions on the disclosure of your PHI.

You have a right to request confidential communications.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable, written requests. We may also condition this accommodation by asking you for information regarding how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of contact. We will not ask you why you are making the request. Please contact the Client Services Department if you would like to make this request.

Complaints

If you believe we have violated your privacy rights, you may file a complaint in writing to us by notifying Nicasa's Privacy Officer at Nicasa, 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073, (847) 546-6450 . **We will not retaliate against you for filing a complaint.** You may also file a complaint with the U.S. Secretary of Health and Human Services as follows:

200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257

The effective date of this Notice is April 14, 2003.

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE

OFICINAS DE SALUD MENTAL Y DESHABILIDADES DEL DESARROLLO
Departamento de Servicios Humanos de Illinois

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO ES PARA CUMPLIR CON LA LEY FEDERAL DEL "ACTA DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD DE 1996". ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SUYA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

Cuando usted recibe tratamiento (tal como en instituciones de salud mental / o deshabilitades del desarrollo), servicios de convalecencia con algunas agencias comunitarias o proveedores y beneficios (tal como Medicare, Medicaid); las Oficinas de Salud Mental y Deshabilitades del Desarrollo (OMH / ODD), Departamento de Servicios Humanos (DHS), compilarán la información personal y de salud suya.

LE PEDIMOS QUE FIRME LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE AVISO PARA CERTIFICAR QUE LO RECIBIÓ

Λ LA INFORMACIÓN DE SALUD INCLUYE Y SE RELACIONA A:

- su condición física, médica o de salud mental del pasado, presente y futuro;
- pagos por cuidado o servicios que usted recibió en el pasado, presente o futuro;
- cuidado y servicios que usted recibió.

Λ DECLARACIÓN DE OMH/ODD-DHS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN

La ley requiere que OMH/ODD-DHS proteja la privacidad de la información personal de su salud. La ley requiere que la OMH/ODD-DHS le provea a usted este aviso que explica nuestros deberes legales y nuestras prácticas de la privacidad de la información. Cada vez que usted vaya a un proveedor de cuidado de salud se crea un expediente para retener el cuidado, tratamiento o servicios provistos. Esta información se compila para uso en prácticas legales, de información regulación y de negocios. Este aviso describirá algunas de las maneras en la que podemos usar o divulgar su de salud personal (PHI), sus derechos y nuestras obligaciones para proteger y salvaguardar esta información.

Λ REVISIONES/CAMBIOS DE AVISOS DE PRIVACIDAD

OMH/ODD-DHS reserva el derecho de revisar o cambiar el contenido de este aviso. Si cambiáramos el contenido, habrá un nuevo aviso disponible en todas las instituciones y oficinas así como también en nuestro sitio web del Internet en www.dhs.state.il.us, dentro de 30 días de la fecha de vigencia del cambio. Este nuevo aviso aplicará a toda la información de salud personal mantenida por OMH/ODD-DHS, sin considerar de dónde se compiló la información. El nuevo aviso indicará "Revisado" e incluirá la fecha en la cual el cambio entró en vigencia.

Cada vez que usted vaya a OMH/ODD-DHS para servicios se le ofrecerá una copia del aviso actual.

Λ RESPONSABILIDADES DE OMH/ODD-DHS BAJO EL ESTÁNDAR FEDERAL DE PRIVACIDAD

- % Todos los empleados, voluntarios y contratistas deben proteger la privacidad de su información;
- % Los empleados sólo pueden tener acceso a su información si se relaciona directamente al trabajo o a los servicios que proveen;
- % OMH/ODD-DHS penalizará los empleados, voluntarios y contratistas que no protejan su información.

Λ LAS FUNCIONES DEL CUIDADO DE SALUD INCLUYEN

- % un medio de comunicación en la planificación de tratamiento y servicios de convalecencia para usted;
- % una fuente para educar a profesionales de la salud;
- % un documento legal que describe el cuidado que usted recibió;
- % un instrumento para evaluar la calidad y lo adecuado del cuidado que se proveyó
- % una fuente de datos en administración y en la planificación administrativa y de negocio;
- % verificar servicios por el cual un pagador de terceros factura.

TRATAMIENTO

- % OMH/ODD-DHS puede usar su información para proveer, coordinar o administrar servicios del cuidado de salud.

PAGO

OMH/ODD-DHS puede verificar la información que usted proveyó para verificar la elegibilidad para la asistencia económica, pagos y beneficios.

Un ejemplo sería cuando OMH/ODD-DHS factura a su seguro, y la factura incluye información que lo identifica a usted.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES SIN AUTORIZACIÓN

FUNCIONES DEL CUIDADO DE SALUD

OMH/ODD-DHS puede utilizar su información de salud para evaluar y mejorar sus funciones.

Un ejemplo sería que el personal médico y el director de calidad o el comité de revisión de utilización puede usar su información u otros datos relacionados para evaluar el cuidado y resultados para mejorar la calidad del cuidado.

EDUCACIÓN / INVESTIGACIÓN

OMH/ODD-DHS puede usar información para educar a profesionales del cuidado de salud.

Un ejemplo sería programas de capacitación relacionados al cuidado de salud, o como una fuente de datos para investigación.

REQUISITOS LEGALES

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud como requieran las leyes federales, estatales y locales.

OMH/ODD-DHS puede divulgar información a un oficial de la ley.

Un ejemplo sería identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo fundamental o una persona desaparecida

Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido ni de la amenaza para cometer un delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospecha de abuso de niños ni otra negligencia que debe ser reportada bajo la ley a las autoridades estatales, federales o locales apropiadas.

PLANIFICACIÓN DE NEGOCIOS

OMH/ODD-DHS puede usar su información para revisar datos para la planificación y administración de negocios.

Un ejemplo sería para la planificación de servicios y equipo.

ACREDITACIÓN / AUDITORÍAS

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información para evaluaciones y acreditación de programas.

Un ejemplo sería la revisión de información por la Comisión Conjunta de Acreditación para Funciones del Cuidado de la Salud para asegurar que nuestros programas alcanzan los estándares requeridos para las funciones del cuidado de la salud.

TRATAMIENTO/SERVICIOS

OMH/ODD-DHS puede usar su información para evaluar y mejorar la calidad del tratamiento y servicios.

Un ejemplo sería la revisión de la documentación y servicios que usted recibió para evaluar las capacidades y el desempeño de los profesionales del cuidado de la salud.

ASOCIADOS DE NEGOCIOS

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información a nuestros socios de negocios para que ellos puedan realizar los servicios para el cual fueron contratados. Requerimos que nuestros socios de negocios salvaguarden apropiadamente su información.

Ejemplos incluyen: proveedores de servicio de copias que procesan copias de sus registros; servicios contratados por médicos de salas de emergencia, o servicios del personal contratado para propósitos de facturar y de auditoría.

SALUD PÚBLICA

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública o legales. Estas actividades incluyen: la prevención de enfermedades bajo control o para reportar enfermedades contagiosas.

Un ejemplo sería la necesidad de reportar una enfermedad contagiosa.

AMENAZA GRAVE A LA SALUD Y SEGURIDAD

OMH/ODD-DHS puede usar o puede divulgar su información de salud al personal médico o personal que hace cumplir la ley. *Un ejemplo sería si se determina que hay una probabilidad de daño físico inmediato a usted o a otros y la información se necesita para prevenirlo.*

LA COMISIÓN DE TUTORÍA Y ABOGACÍA/EQUIP. FOR EQUALITY, INC.

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud a La Comisión De Tutoría Y Abogacía/Equip. For Equality, Inc., de acuerdo con las leyes del estado y federales.

Un ejemplo sería investigar una queja hecha por usted o de otra persona por usted.

PROCEDIMIENTO JUDICIAL Y ADMINISTRATIVO

CAUSAS RELACIONADAS A LA MUERTE: EXAMINADOR FORENSE/ MÉDICO

OMH/ODD-DHS puede divulgar información al examinador médico o médico forense.

Un ejemplo sería identificar a una persona difunta o para muertes que se deben reportar como requiere la ley.

PROCEDIMIENTOS DE LICENCIA Y REVOCACIÓN

% **Procesos para la Revocación de la licencia:** Podemos divulgar su información personal si usted ha registrado una queja contra un doctor u otro proveedor del cuidado de salud y la información se necesita en el procedimiento.

% **Procesos Judiciales/Administrativos y Criminales:** Podemos divulgar su información como respuesta a una orden de corte.

% **Procesos de Abuso/ Negligencia:** Podemos divulgar información a un tribunal o juez administrativo en un proceso con respecto al abuso o negligencia de un residente en una institución.

EXÁMENES ORDENADOS POR LA CORTE

% OMH/ODD-DHS puede divulgar su información si un tribunal ordena que usted debe ser examinado por condiciones relacionadas a salud mental, deshabilidad del desarrollo u otros trastornos.

Un ejemplo sería en los procedimientos de comisión donde podemos divulgar su información para hacer una determinación para tratamiento ordenados por la corte y servicios.

SISTEMAS DE ENTREGA - CONTINUIDAD DEL CUIDADO

% OMH/ODD-DHS puede divulgar e intercambiar información de salud a proveedores de salud mental o de deshabilidades en el desarrollo, autoridades de retraso y otros proveedores de salud mental.

Un ejemplo sería de coordinar servicios de convalecencia.

DESHABILIDADES EN EL DESARROLLO/BARRERAS DE COMUNICACIÓN

% OMH/ODD-DHS puede divulgar información acerca de su actual condición física y mental.

Un ejemplo sería entregar información a un padre/madre o a un tutor de acuerdo con la ley estatal

% OMH/ODD-DHS puede divulgar información de salud cuando existen barreras de comunicación.

Un ejemplo sería incompetencia mental para que tratamiento pueda ser administrado.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO - DELINCUENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

% OMH/ODD-DHS puede divulgar o puede intercambiar información de salud a agencias o personas comprometidas en su supervisión si usted ha sido condenado de un crimen; o está en custodia o en supervisión de sistemas criminales de justicia.

Ejemplos serían para propósitos de tratamiento, pago o ciertas funciones del cuidado de salud.

INSTITUCIÓN CORRECCIONAL

% OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud si usted está en custodia o es un preso de una institución correccional.

Un ejemplo sería de proveerle a usted servicios de cuidado de salud.

RECLAMOS DE SEGUROS / PAGO POR SERVICIOS

% OMH/ODD-DHS puede divulgar cierta información sobre usted si muere o un tribunal lo encuentra incompetente.

Un ejemplo sería que su seguro pague beneficios para sus servicios de cuidado de salud.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL GOBIERNO

% OMH/ODD-DHS puede usar o puede divulgar su información de salud a programas de beneficios de gobierno.

Un ejemplo sería la administración de un programa de beneficios de gobierno tal como Medicaid.

SECRETARIO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

OMH/ODD-DHS debe divulgar su información al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando soliciten para imponer las leyes de privacidad.

ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA DE SEGURIDAD NACIONAL - PROTECCIÓN DE OFICIALES FEDERALES

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información a oficiales federales autorizados de inteligencia, actividades de contra espionaje u otras actividades nacionales de seguridad y para proveer protección al Presidente de los Estados Unidos y otros oficiales federales como lo autoriza la ley.

Código de Regulaciones Federales Título 42 CFR Parte 2

Si usted recibe tratamiento para dependencia química (abuso de drogas o alcohol) sus registros que se relacionan a su tratamiento y servicios son protegidos por la ley y regulaciones federales. La violación de estas leyes que protegen los registros del tratamiento de dependencia química es un delito y las infracciones sospechadas se pueden reportar a las autoridades de acuerdo con las regulaciones federales.

OMH/ODD-DHS no puede proveer información a ninguna persona fuera del DHS referente a que usted ha estado internado en una institución o que usted recibe tratamiento para dependencia química o servicios y tampoco puede divulgar información que lo identifique como un individuo que abusa de alcohol o drogas.

AUTORIZACIÓN PARA LAS DIVULGACIONES

- K OMH/ODD-DHS puede divulgar información relacionada a su tratamiento para la dependencia química con autorización específica por escrito.
- K OMH/ODD-DHS puede divulgar información relacionada con el VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO / SIDA con autorización específica por escrito.
- K OMH/ODD-DHS puede usar o divulgar otra información de salud acerca de usted que no esté cubierta por este aviso o por leyes federales y estatales sólo con su autorización por escrito.

NOTA: Las leyes federales y estatales prohíben que se re-divulgue información sobre la dependencia química sin su autorización específica por escrito.

DIVULGACIONES PERMITIDAS SIN AUTORIZACIÓN / O COMO SE REQUIERE POR LA LEY

- K Según una orden especial de tribunal que cumple con el Código 42 de Reg Federal, Parte 2, subparte E.
- K Al personal médico en una emergencia médica.
- K Al personal calificado para investigación, auditoría o evaluaciones de programas.
- K Para reportar sospecha de abuso o negligencia.
- K La información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) / SIDA puede ser divulgada en ciertas circunstancias cuando se requiere por ley federal o del estado.

DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL REVOCACIÓN DE DERECHOS Si usted nos provee permiso para utilizar o divulgar su información de salud, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si usted decide revocar la autorización, nosotros no utilizaremos o divulgaremos su información por cualquier razón que requiera su autorización por escrito. Sin embargo, no podemos retractar ninguna declaración que hayamos hecho antes de procesar su pedido de revocación.

DERECHOS - ACCESO Y COPIAS

Usted o su representante autorizado tiene el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud (en la mayoría de las situaciones) para incluir expedientes médicos o de facturas. Sin embargo, NO INCLUYA APUNTES DE PSICOTERAPIA.

APROBACIÓN PARA EL ACCESO Y COPIAS

- % Su pedido debe ser hecho por escrito
- % Su pedido debe declarar un período de tiempo y se debe incluir una autorización válida;

¿NECESITA CONTRATAR UN ABOGADO Y NO SABE A DONDE LLAMAR?



LAKE COUNTY BAR ASSOCIATION



El servicio de la asociación de abogados de Lake County ha sido establecido para ayudar el proceso de encontrar un abogado. Usted tiene dos opciones.

- 1.) Llamar
- 2.) Usar la computadora

1.) Usted puede llamar al siguiente numero (847) 244-3140 de Lunes a Viernes . El horario es el siguiente 9:00 am a 12:00 pm y de 1:00 pm a 3:00 pm Un representante contestara su llamada y le pedira detalles sobre su problema legal. Los representantes no hablan espanol. Si usted no domina el idioma de ingles debera conseguir una persona bilingue que le asista con esta llamada. Las representantes no pueden dar consejos legales solo pueden referirle a un abogado a cual usted puede llamar para hacer una cita o una consulta telefonica.



Todos los abogados son privados y estan localizados cerca de su comunidad.

Le cobraran por los honorarios establecidos de acuerdo a los services legales que usted necesite.

El servicio refiere a los clients al area de practica del abogado, experiencia, idioma y sitio. Las referencias no se basan en los honorarios de los abogados.

Este es solo un servicio telefonico. No se aceptan clientas que se presenten en persona.

O

2.) Usted puede hacer una busqueda usando su computadora al siguiente correo electronico: www.lakebar.org En esta pagina debera apuntar en "Find a Lawyer" y recibira la informacion para contactar un abogado de acuerdo a su problema legal.



Este servicio es por via telefonica. No se dara informacion a aquellos que se presenten en persona.



El Lake County Bar Association fue fundada en 1911 por abogados de práctica de la ley en Lake County. Hay más de 800 abogados en la LCBA y muchos de ellos se han puesto de acuerdo para aceptar referencias en su campo de concentración. Todos los abogados de LRS deben cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad con el fin de prestar servicios en el Servicio de Referencia Abogado. Si usted necesita un abogado en un área determinada de la ley LRS está disponible para ayudarle a encontrar un abogado que está familiarizado en ese campo de concentración.

Llámenos hoy en 847-244-3140
O visítenos en el sitio www.lakebar.org
y haga clic en "FIND A LAWYER"

Nicasa Salud del Comportamiento

DERECHOS DEL CLIENTE

Nicasa proporciona tratamiento para individuos y familias. Aunque cada uno de los programas individuales de Nicasa varían en el tipo de atención ofrecida, las siguientes políticas y procedimientos están diseñados para mejorar la dignidad de todos los clientes y proteger sus derechos como seres humanos. Estos derechos se observarán en todos los casos.

Usted tiene el derecho:

1. De un tratamiento individualizado que sea imparcial y sin discriminación por raza, religión, género, edad, etnicidad, orientación sexual, discapacidad o incapacidad.
2. De ser tratado en todo momento con dignidad y respeto en un ambiente libre de los siguientes: castigo físico o abuso; abuso sexual o acoso; maltrato psicológico o humillante, de acciones amenazadoras y explotadoras; abuso verbal; negligencia; y algún tipo de explotación para ganar dinero.
3. De un tratamiento en un entorno que no interfiera en su libertad personal y proporcione privacidad dentro de los límites de las capacidades de la agencia.
4. De conocer al personal clínico responsable de su cuidado, sus credenciales, calificaciones y experiencia profesional.
5. De participar en su tratamiento y planificación del alta, incluyendo la revisión periódica de su plan de tratamiento.
6. A la confidencialidad y privacidad y saber que la confidencialidad está limitada por la ley en casos tales como emergencias médicas, sospecha por el abuso de niños, orden judicial, sospecha por el abuso de adultos que no pueden protegerse a sí mismos, amenazas a la vida de otros y cualquier otras instancias especificadas por la ley cuando la divulgación puede hacerse sin el consentimiento del cliente.
7. De saber que fotografías identificables, videos, películas, etc., no seran usadas sin su consentimiento por escrito, ni será necesario que usted haga declaraciones públicas que reconozcan gratitud a Nicasa, NFP por sus servicios.
8. De quejarse, iniciar una queja o reportar cualquier actividad inadecuada sin temor a represalia o venganza.
9. De dar su consentimiento informado, rechazo informado o expresión de elección (y a ser informado de las consecuencias de sus decisiones) con respecto al servicio recibido, divulgación de información, la disponibilidad de servicios concurrentes, composición del equipo del cual recibio el servicio y su participación en proyectos de investigación.
10. De saber que Nicasa se adhiere a todas las reglas de investigación y ética federales y estatales, y que puede negarse a participar en algún proyecto de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.
11. De tener acceso y/o referencia a las personas jurídicas para una representación adecuada, así como el acceso a la autoayuda y servicios de apoyo.
12. De tener acceso a su expediente y otra información pertinente a la planificación de su tratamiento y que esa información sea difundida de manera oportuna y adecuada para que facilite la toma de decisiones. La única excepción a este derecho son las restricciones permitidas por la ley federal (HIPAA) que incluyen información y notas de psicoterapia recopiladas con anticipación razonable de o para el uso en una acción civil, penal o un procedimiento administrativo.
13. De una pronta investigación y resolución de una presunta infracción de estos derechos.

14. De saber que todos los derechos legales a los que usted tiene derecho serán reconocidos y se harán cumplir mientras usted sea un cliente de Nicasa.

15. De solicitar una revisión e investigación ética de cualquier miembro del personal sin temor a represalias.

Para los clientes residenciales

16. Permiso de visitas en un área adecuada para las personas interesadas las cuales se ha determinado clínicamente que serían un beneficio para su tratamiento de acuerdo con las políticas de la agencia.

17. De recibir y mandar correo sin ningun problema y saber que su correo no será leído por los miembros del personal.

18. De llevar a cabo conversaciones telefónicas privadas de acuerdo a las políticas de la agencia al menos que sea contraindicado por razones clínicas.

Nivel de comprensión del cliente: Satisfactorio _____ Insatisfactorio _____

Entiendo la naturaleza del tratamiento con Nicasa, y mi firma indica mi consentimiento al tratamiento con Nicasa, NFP.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Consejero: _____ Fecha: _____

Una copia de esta declaración de derechos del cliente se le ha dado a:

Familiar _____ Cónyuge/Pareja _____ Padre/Tutor _____

Nicasa provides treatment for individuals and families. Although each of Nicasa's individual programs vary in the type of care offered, the following policies and procedures are designed to enhance the dignity of all clients and to protect their rights as human beings. These rights will be observed in all cases.

You have the right:

1. To individualized treatment that is impartial and without discrimination by race, religion, gender, age, ethnicity, sexual orientation, handicap or disability.
2. To be treated at all times with dignity and respect in an environment that is free from the following: physical punishment or abuse; sexual abuse or harassment, psychological abuse including humiliating, threatening and exploiting actions; verbal abuse; neglect; and exploitation for financial gain.
3. To treatment in a setting that is the least interfering to your personal freedom and that provides privacy within the limits of the agency's capabilities.
4. To know the clinical staff responsible for your care, their credentials, qualifications, and professional experience.
5. To participate in your treatment and discharge planning, including periodic review of your treatment plan.
6. To confidentiality and privacy, and to know that confidentiality is limited by law in cases such as medical emergencies, suspected child abuse, court order, suspected abuse of adults who cannot protect themselves, threats to the lives of others, and any other instances specified by law when disclosure may be made without client's consent.
7. To know that identifiable photographs, video tape, films, etc., will not be made or used without your written consent, nor will you be required to make public statements which acknowledge gratitude to Nicasa, NFP for its services.
8. To complain, initiate a grievance, or report any inappropriate activity without fear of reprisal or retaliation.
9. To give your informed consent, informed refusal, and/or expression of choice (and to be advised of the consequences of your decisions) in regard to service delivery, release of information, the availability of concurrent services, composition of your service delivery team, and your involvement in research projects.
10. To know that Nicasa adheres to all federal and state-required research guidelines and ethics, and to refuse to participate in any research projects without compromising your access to services.
11. To have access and/or referral to legal entities for appropriate representation, as well as access to self-help and advocacy support services.
12. To have access to your record and other information pertinent to your treatment planning, and to have that information released in a timely and appropriate manner that will facilitate decision making. The only exception to this right being the restrictions permitted by federal law (HIPAA) which include psychotherapy notes and information compiled in reasonable anticipation of or for use in a civil, criminal, or administrative action or proceeding.
13. To a prompt investigation and resolution of alleged infringement of these rights.
14. To know that all other legal rights to which you are entitled will be recognized and enforced while you are a client at Nicasa.
15. To request an ethics review/investigation of any staff member without fear of reprisal.

For Residential Clients

16. (For residential clients) To visitation in a suitable area by all concerned persons who have been clinically determined to be of benefit to your treatment in accordance with agency policies.
17. To the receipt and sending of mail without censor and to know that your mail will not be read by staff members.
18. To conduct private telephone conversations in accordance with agency policy unless contraindicated by clinical considerations.



JB Pritzker, *Governor*

James T. Dimas, *Secretary-designate*

100 South Grand Avenue East • Springfield, Illinois 62762
401 South Clinton Street • Chicago, Illinois 60607

FORMULARIO PARA VERIFICACIÓN DE LISTA DE REFERENCIAS

Se me ha mostrado la lista de programas de tratamiento para DUI y/o abuso de sustancias con licencia. Yo entiendo que puedo buscar los servicios necesarios en el programa que yo escoja.

Firma del Acusado

Fecha

Firma del Evaluador

Fecha

Nicasa Behavioral Health Services

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION Y/O PARA SERVICIOS DE INTERVENCION/CONSENT FOR EVALUATION AND/OR INTERVENTION SERVICES.

Yo doy consentimiento y autorizo que yo _____ recibí una evaluación y/o intervención, como resultado de _____.

La naturaleza y el propósito del servicio, las posibles complicaciones, las posibles alternativas a este tipo de servicios, los riesgos y las posibles consecuencias han sido plenamente explicado a mí por.

Yo entiendo que hay garantía o seguridad que me ha sido dada, por cualquier persona, en cuanto a los resultados del servicio.

También se me ha informado de que mis registros y revelaciones serán absolutamente confidenciales con la única excepción que la ley de otro modo requeriría tales revelaciones.

Este consentimiento es revocable por servicios por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito. En tales casos, el caso será cerrado y mantenido para su posible uso en el futuro. Después de cerrar el caso, se respetarán las mismas normas de confidencialidad y accesibilidad a los registros.

CONSENT FOR EVALUATION AND/OR INTERVENTION SERVICES

I authorize and consent that I, _____, receive evaluation and/or intervention, as a result of _____.

The nature and purpose of the service, the possible complications, the possible alternatives to such services, the risks involved and the possible consequences have been fully explained to me by _____.

I understand that no guarantee or assurance has been given me, by anyone, as to the results of the service.

I also have been informed that my records and disclosures will be kept absolutely confidential except only as the law may otherwise require such disclosures.

This consent for services is revocable by either party through written notice. In such instances, the case will be closed and maintained for possible future use. After closing the case, the same standards of confidentiality and accessibility to records will be upheld.

Firma del cliente/Client Signature

Fecha/Date

Firma del testigo/Staff Signature

Fecha/Date

Nicasa Behavioral Health Services
CONSENT FOR DUI RISK REDUCTION EDUCATION SERVICES

I, _____, am choosing to complete the DUI Risk Reduction Education Program. I understand the following admission requirements:

- Provide a copy of my Uniform Report related to the most recent DUI arrest
- Have a DUI classification of Minimal, Moderate, or Significant Risk.
- If I have been found to be in need of this program, but I do not have a Uniform Report (presenting problem is not related to DUI) or my DUI classification is High Risk, I may only attend this program in addition to, not in place of, other recommendations, and I may not utilize state funding to pay for the course.

I understand that I may not attend this program if:

- It is determined I am in need of a higher level of care and/or involvement in education services would not adequately meet my needs.

I understand that the service includes 10 hours over a minimum of 4 different calendar dates lasting no more than 3 hours each, and classroom instruction that will provide a minimum of the following:

- 1) information on alcohol as a drug;
- 2) physiological and pharmacological effects of alcohol and other drugs, including their residual impairment on normal levels of driving performance;
- 3) other drugs, legal and illegal, and their effects on driving when used separately and/or in combination with alcohol;
- 4) substance abuse/dependence and the effect on individuals and families;
- 5) blood alcohol concentration (BAC) level and its effect on driving performance;
- 6) information about Illinois driving under the influence laws and associated penalties;
- 7) factors that influence the formation of patterns of alcohol and drug abuse; and
- 8) information about referrals for services that can address any identified problem that may increase the risk for future alcohol/drug related difficulty.

The nature and purpose of the service, the possible complications, the possible alternatives to such services, the risks involved and the possible consequences have been fully explained to me by _____.

I understand that no guarantee or assurance has been given me, by anyone, as to the results of the service. I also have been informed that my records and disclosures will be kept absolutely confidential except only as the law may otherwise require such disclosures. This consent for services is revocable by either party through written notice. In such instances, the case will be closed and maintained for possible future use. After closing the case, the same standards of confidentiality and accessibility to records will be upheld.

Signature of Client

Signature of Witness

Client ID #

Date

Nicasa Behavioral Health Services
CONSENT FOR SERVICES

Yo, estoy eligiendo para completar el Riesgo de DUI Education Program Reducción. Entiendo los siguientes requisitos de admisión:

- Proporcionar una copia de mi informe uniforme en relación con la detención de DUI más reciente
- Tener una clasificación de DUI de riesgo mínimo, moderado o significativo.
- Si se me ha encontrado para estar en necesidad de este programa, pero no tengo un Informe Uniforme (problema que se presenta no está relacionado con DUI) o la clasificación de mi DUI es de alto riesgo, sólo puedo asistir a este programa además de, no en lugar de, otras recomendaciones, y no puede utilizar fondos estatales para pagar el curso.

Entiendo que no puedo asistir a este programa si:

- Se determina Estoy en la necesidad de un mayor nivel de atención y / o participación en los servicios de educación no responder adecuadamente a mis necesidades.

Entiendo que el servicio incluye 10 horas a un periodo mínimo de 4 fechas diferentes de calendario que duran no más de 3 horas cada una, y la instrucción en el aula que proporcionará un mínimo de los siguientes:

- 1) información sobre el alcohol como una droga;
- 2) los efectos fisiológicos y farmacológicos de alcohol y otras drogas, incluyendo su deterioro residual sobre los niveles normales de rendimiento de la conducción;
- 3) otras drogas, tanto legales como ilegales, y sus efectos en la conducción cuando se utilizan por separado y / o en combinación con el alcohol;
- 4) el abuso / dependencia de sustancias y el efecto sobre los individuos y las familias;
- 5) la concentración de alcohol en la sangre () nivel de BAC y su efecto en la conducción;
- 6) información sobre Illinois conducir bajo la influencia de las leyes y sanciones asociadas;
- 7) Los factores que influyen en la formación de patrones de abuso de alcohol y drogas;
- 8) y Información sobre referencias para los servicios que pueden abordar cualquier problema identificado que pueden aumentar el riesgo de futuros problemas relacionados con el alcohol / drogas.

La naturaleza y el propósito del servicio, las posibles complicaciones, las posibles alternativas a este tipo de servicios, los riesgos y las posibles consecuencias han sido plenamente explicado a mí por.

Yo entiendo que hay garantía o seguridad que me ha sido dada, por cualquier persona, en cuanto a los resultados del servicio. También se me ha informado de que mis registros y revelaciones serán absolutamente confidenciales con la única excepción que la ley de otro modo requeriría tales revelaciones.

Este consentimiento es revocable por servicios por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito. En tales casos, el caso será cerrado y mantenido para su posible uso en el futuro. Después de cerrar el caso, se respetarán las mismas normas de confidencialidad y accesibilidad a los registros.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____
Firma del testigo: _____ Fecha: _____

**Nicasa Aviso de Practicas de Privacidad
Confirmacion y Recibo del Aviso**

**Nicasa's Notice of Privacy Practices
Receipt and Acknowledgment of Notice**

Nombre del Cliente (Client name): _____

Fecha de Nacimiento (DOB) _____

Numero de Seguro Social (SSN) _____

Por la presente declaro que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de Nicasa. Entiendo que si tengo algunas preguntas acerca de este aviso a mis derechos de privacidad, puedo contactar al Personal de Privacidad de Nicasa al (847) 546-6450

I hereby acknowledge that I have received a copy of Nicasa's Notice of Privacy Practices. I understand that if I have any questions regarding the Notice or my privacy rights, I can contact Nicasa's Privacy Officer at 847-546-6450.

Firma del Cliente (Signature of Client)

Fecha (Date)

Firma del Padre, Tutor Legal o Representante Personal

Fecha/Date

Signature or Parent, Guardian or Personal Representative *

* Si firma como representante personal del cliente, por favor describa su autoridad legal para actuar por dicho individuo (carta poder, sustituto de atencion medica, etc.).

If you are signing as a personal representative of a client, please describe your legal authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

El cliente se niega a reconocer el recibo (Client Refuses to Acknowledge Receipt)

Firma del Miembro del Personal (Signature of Staff Member)

Fecha (Date)

- % Si su pedido para el acceso se aprueba, usted será avisado para planificar una cita conveniente;
- % En vez de suministrar acceso, el individuo está de acuerdo que se provea un resumen o resumen de la información pedida;
- % OMH/ODD-DHS o los proveedores contratados de servicio pueden cobrar un cuota para procesar su pedido.

NEGACIÓN DEL ACCESO Y COPIAS

- % Su pedido no fue hecho por escrito, no expresó un período de tiempo / ni se incluyó una autorización válida;
- % La información solicitada no es parte de la información mantenida por OMH/ODD-DHS ni parte del conjunto del expediente designado;
- % La información solicitada se obtuvo de alguien que se le prometió confidencialidad y al permitir acceso divulgaría su identidad;
- % La información se compiló con anticipación razonable de, o para el uso, en un procedimiento legal;
- % Usted es un preso o está en custodia de una institución correccional y al proveer acceso puede arriesgar la seguridad de un oficial, empleado u otra persona.

DERECHOS - ENMIENDAS Y MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Usted tiene el derecho de pedir a OMH/ODD-DHS que enmiende o modifique la información si usted cree que está incorrecta o incompleta. Usted puede obtener un formulario para documentar su pedido / enmienda de la institución donde recibió servicios.

APROBACIÓN DE LA ENMIENDA / MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- % El pedido debe hacerse por escrito, incluye una razón para respaldar el pedido y debe declarar el episodio específico del cuidado;
- % Si aceptamos el pedido para la enmienda (en total o en parte), le avisaremos que la enmienda ha sido aceptada y le pediremos a que identifique a otros que deben recibir la enmienda;
- % Haremos esfuerzos razonables para informar y proveer la enmienda a individuos identificados;
- % La información enmendada será añadida al conjunto designado de expedientes y mantendrá los estándares de retención de expedientes.

NEGACIÓN DE ENMIENDA / MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- % Si su pedido no fue entregado por escrito o fue hecho antes del 14 de abril del 2003;
- % Si el pedido no incluye una razón para apoyar el pedido;
- % Si no forma parte de la información creada ni conservada por OMH/ODD-DHS ni forma parte del conjunto designado de expedientes;
- % Si el expediente está correcto y completo.

DERECHOS - DECLARACIÓN DE DESACUERDO

Usted tiene derecho de someter una declaración por escrito en desacuerdo de la "Negación de la Enmienda". Usted puede obtener un formulario de la institución donde recibió servicios para documentar su "Declaración de Desacuerdo". "La Declaración de Desacuerdo" debe ser enviado al Oficial de Privacidad en la institución. Incluiremos ambas la copia de la "Negación de la Enmienda" y la "Declaración del Desacuerdo" con cualquier divulgación en el futuro. Además, podemos elegir proveer una refutación por escrito al individuo y agregar la refutación al conjunto de expedientes designados.

DERECHOS- PEDIDOS DE RESTRICCIONES / LIMITACIONES EN EL USO O DIVULGACIÓN

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitar en su información de salud personal que utilizamos o divulgamos para propósitos de tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de limitar la información que divulguemos a los proveedores de cuidado o a los que reciben pago. Sin embargo, OMH/ODD-DHS no tiene que cumplir con su pedido.

ACUERDO - RESTRICCIONES / LIMITACIONES EN EL USO O DIVULGACIÓN

- % Si OMH/ODD-DHS está de acuerdo con la restricción, y es de compromiso, nosotros no podemos usar ni podemos divulgar la información;
- % OMH/ODD-DHS documentará cualquier restricción que acordamos y retendrá esa documentación por seis años desde la fecha que fue creada o la última vez que estaba en vigencia, el que sea más tarde.

EXCEPCIONES - RESTRICCIONES / LIMITACIONES DEL USO O DIVULGACIÓN

- & La información de salud restringida, puede ser dada a otro proveedor de cuidado de salud como se permita para
% proveer para tratamiento de emergencia, pero solicitaremos que otro proveedor no haga uso adicional/entregas;
- % OMH/ODD-DHS no se compromete a restricciones para usos o entregas de información al individuo;
- % OMH/ODD-DHS no restringirá información permitida/requerida por las leyes federales y estatales que ponen bajo el mandato de declaración.

TERMINACIÓN DEL ACUERDO - RESTRICCIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN

OMH/ODD-DHS puede terminar el acuerdo de una restricción si el individuo está de acuerdo / pide la terminación por escrito; o si el individuo está de acuerdo oralmente y se documenta el acuerdo oralmente.

OMH/ODD-DHS puede terminar el acuerdo de la restricción sin el acuerdo del individuo, si al el individuo se le informa que estamos terminando la restricción. Tal terminación es sólo efectiva con respecto a la información de salud protegida, creada o recibida después que el individuo ha sido notificado.

DERECHOS - INFORME DE DIVULGACIONES

Usted tiene derecho de solicitar un informe o contabilidad de las divulgaciones. Esta es una lista de las veces que se ha divulgado información sobre su salud. Usted puede solicitar contabilidad por un período de menos de seis años o para una fecha especificada dentro del periodo de seis años y sólo para las divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003. Su pedido debe ser por escrito y podemos cobrar una cuota razonable.

CONTABILIDAD REQUERIDA DE LAS DIVULGACIONES

Proveeremos contabilidad de las divulgaciones que incluirán:

Ejemplos: La información reportada para la prevención / control de enfermedades; investigaciones de abuso / negligencia; revisiones e investigaciones de omisiones de actividades de cuidado de salud; para propósitos de cumplimiento de la ley; servicios de protección de salud y seguridad, y divulgaciones de compensación para trabajadores u otras determinaciones médicas convenientes.

No tenemos que proveer contabilidad de las divulgaciones que incluirán:

Ejemplos: Tratamiento, pago o funciones del cuidado de salud; el individuo con autorización; otras ciertas razones como provisto por la ley; divulgaciones imprevistas y divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.

DERECHOS - PEDIDO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA

Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos en privado con usted con respecto a su información de salud por medio de un método alternativo o una ubicación específica cuando el pedido se puede administrar razonablemente. Usted puede obtener una formulario para documentar su pedido de la institución donde usted recibió los servicios. No requeriremos una explicación a base del pedido y haremos cada intento para acomodar razonablemente los pedidos.

Un ejemplo de comunicación alterna incluye pero no se limita a: Comunicación con el individuo sólo en el trabajo o por correo o comunicación en su propio idioma con el uso de un intérprete o método preferido de comunicación.

PEDIDOS - INFORMACIÓN ADICIONAL

Para solicitar copias adicionales de este aviso u información adicional de la Institución de Salud Mental o Deshabilidades del Desarrollo donde usted recibió servicios, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la institución.

PROCESO DE QUEJAS

Si usted cree OMH/ODD-DHS ha infringido algunos de sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de registrar una queja comunicándose con cualquiera de lo siguientes:

K Oficial de Privacidad en: la Dirección de la Institución:

K Oficial de Privacidad en: Departamento de Servicios Humanos de Illinois al: 100 S Grand Ave East, Springfield, IL 62762;

K Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al: 233 N. Michigan Av., Ste 240, Chicago, IL. 60601

ono: 312 886-2359 Teletipo 312 353-5693 FAX 312 886-1807

Fecha Efectiva: 14 de abril de 2003

6
OMH/ODD-DHS Policy 91-02



RECONOCIMIENTO PARA EL RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
Al firmar abajo, usted reconoce que RECIBIÓ UNA COPIA DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL DHS.

Nombre	Firma del Individuo o Representante		Fecha	Parentesco con Individuo
SÓLO PARA USO DE OFICINA DE DHS: If the acknowledgment is not signed, describe the efforts to obtain the individuals' or the representatives' signature and the reasons why the signature was not obtained.				
Printed Name/Title Date	DHS Representative Signature			
Efforts:				

Nicasa Salud del Comportamiento

DERECHOS DEL CLIENTE

Nicasa proporciona tratamiento para individuos y familias. Aunque cada uno de los programas individuales de Nicasa varían en el tipo de atención ofrecida, las siguientes políticas y procedimientos están diseñados para mejorar la dignidad de todos los clientes y proteger sus derechos como seres humanos. Estos derechos se observarán en todos los casos.

Usted tiene el derecho:

1. De un tratamiento individualizado que sea imparcial y sin discriminación por raza, religión, género, edad, etnicidad, orientación sexual, discapacidad o incapacidad.
2. De ser tratado en todo momento con dignidad y respeto en un ambiente libre de los siguientes: castigo físico o abuso; abuso sexual o acoso; maltrato psicológico o humillante, de acciones amenazadoras y explotadoras; abuso verbal; negligencia; y algún tipo de explotación para ganar dinero.
3. De un tratamiento en un entorno que no interfiera en su libertad personal y proporcione privacidad dentro de los límites de las capacidades de la agencia.
4. De conocer al personal clínico responsable de su cuidado, sus credenciales, calificaciones y experiencia profesional.
5. De participar en su tratamiento y planificación del alta, incluyendo la revisión periódica de su plan de tratamiento.
6. A la confidencialidad y privacidad y saber que la confidencialidad está limitada por la ley en casos tales como emergencias médicas, sospecha por el abuso de niños, orden judicial, sospecha por el abuso de adultos que no pueden protegerse a sí mismos, amenazas a la vida de otros y cualquier otras instancias especificadas por la ley cuando la divulgación puede hacerse sin el consentimiento del cliente.
7. De saber que fotografías identificables, videos, películas, etc., no serán usadas sin su consentimiento por escrito, ni será necesario que usted haga declaraciones públicas que reconozcan gratitud a Nicasa, NFP por sus servicios.
8. De quejarse, iniciar una queja o reportar cualquier actividad inadecuada sin temor a represalia o venganza.
9. De dar su consentimiento informado, rechazo informado o expresión de elección (y a ser informado de las consecuencias de sus decisiones) con respecto al servicio recibido, divulgación de información, la disponibilidad de servicios concurrentes, composición del equipo del cual recibió el servicio y su participación en proyectos de investigación.
10. De saber que Nicasa se adhiere a todas las reglas de investigación y ética federales y estatales, y que puede negarse a participar en algún proyecto de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.
11. De tener acceso y/o referencia a las personas jurídicas para una representación adecuada, así como el acceso a la autoayuda y servicios de apoyo.
12. De tener acceso a su expediente y otra información pertinente a la planificación de su tratamiento y que esa información sea difundida de manera oportuna y adecuada para que facilite la toma de decisiones. La única excepción a este derecho son las restricciones permitidas por la ley federal (HIPAA) que incluyen información y notas de psicoterapia recopiladas con anticipación razonable de o para el uso en una acción civil, penal o un procedimiento administrativo.
13. De una pronta investigación y resolución de una presunta infracción de estos derechos.

14. De saber que todos los derechos legales a los que usted tiene derecho serán reconocidos y se harán cumplir mientras usted sea un cliente de Nicasa.

15. De solicitar una revisión e investigación ética de cualquier miembro del personal sin temor a represalias.

Para los clientes residenciales

16. Permiso de visitas en un área adecuada para las personas interesadas las cuales se ha determinado clínicamente que serían un beneficio para su tratamiento de acuerdo con las políticas de la agencia.

17. De recibir y mandar correo sin ningun problema y saber que su correo no será leído por los miembros del personal.

18. De llevar a cabo conversaciones telefónicas privadas de acuerdo a las políticas de la agencia al menos que sea contraindicado por razones clínicas.

Nivel de comprensión del cliente: Satisfactorio _____ Insatisfactorio _____

Entiendo la naturaleza del tratamiento con Nicasa, y mi firma indica mi consentimiento al tratamiento con Nicasa, NFP.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Consejero: _____ Fecha: _____

Una copia de esta declaración de derechos del cliente se le ha dado a:

Familiar _____ Cónyuge/Pareja _____ Padre/Tutor _____

Nicasa provides treatment for individuals and families. Although each of Nicasa's individual programs vary in the type of care offered, the following policies and procedures are designed to enhance the dignity of all clients and to protect their rights as human beings. These rights will be observed in all cases.

You have the right:

1. To individualized treatment that is impartial and without discrimination by race, religion, gender, age, ethnicity, sexual orientation, handicap or disability.
2. To be treated at all times with dignity and respect in an environment that is free from the following: physical punishment or abuse; sexual abuse or harassment; psychological abuse including humiliating, threatening and exploiting actions; verbal abuse; neglect; and exploitation for financial gain.
3. To treatment in a setting that is the least interfering to your personal freedom and that provides privacy within the limits of the agency's capabilities.
4. To know the clinical staff responsible for your care, their credentials, qualifications, and professional experience.
5. To participate in your treatment and discharge planning, including periodic review of your treatment plan.
6. To confidentiality and privacy, and to know that confidentiality is limited by law in cases such as medical emergencies, suspected child abuse, court order, suspected abuse of adults who cannot protect themselves, threats to the lives of others, and any other instances specified by law when disclosure may be made without client's consent.
7. To know that identifiable photographs, video tape, films, etc., will not be made or used without your written consent, nor will you be required to make public statements which acknowledge gratitude to Nicasa, NFP for its services.
8. To complain, initiate a grievance, or report any inappropriate activity without fear of reprisal or retaliation.
9. To give your informed consent, informed refusal, and/or expression of choice (and to be advised of the consequences of your decisions) in regard to service delivery, release of information, the availability of concurrent services, composition of your service delivery team, and your involvement in research projects.
10. To know that Nicasa adheres to all federal and state-required research guidelines and ethics, and to refuse to participate in any research projects without compromising your access to services.
11. To have access and/or referral to legal entities for appropriate representation, as well as access to self-help and advocacy support services.
12. To have access to your record and other information pertinent to your treatment planning, and to have that information released in a timely and appropriate manner that will facilitate decision making. The only exception to this right being the restrictions permitted by federal law (HIPAA) which include psychotherapy notes and information compiled in reasonable anticipation of or for use in a civil, criminal, or administrative action or proceeding.
13. To a prompt investigation and resolution of alleged infringement of these rights.
14. To know that all other legal rights to which you are entitled will be recognized and enforced while you are a client at Nicasa.
15. To request an ethics review/investigation of any staff member without fear of reprisal.

For Residential Clients

16. (For residential clients) To visitation in a suitable area by all concerned persons who have been clinically determined to be of benefit to your treatment in accordance with agency policies.
17. To the receipt and sending of mail without censor and to know that your mail will not be read by staff members.
18. To conduct private telephone conversations in accordance with agency policy unless contraindicated by clinical considerations.



Behavioral Health Services

EMERGENCY NOTIFICATION

I _____, hereby authorize Nicasa staff to contact the following persons in the case of an emergency.

<p>Primary Contact</p> <p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Phone</p> <p>Secondary Contact (to be contacted if primary contact cannot be reached)</p> <p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Phone</p>
--

If you have a medical emergency and cannot communicate with First Responders, the following will be shared with emergency personnel:

- Name
- Address
- Date of Birth

Please initial and complete the following if you wish this information it to be released to emergency personnel:

_____ All medications that you have disclosed to Nicasa that you are taking.
 Initials

_____ The following allergies and/or medical condition(s) _____
 Initials

Client Signature Date

If you are able to communicate, Nicasa will release no private health information to First Responders



NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA

Yo _____, por la presente autorizo al personal de Nicasa comunicarse con las siguientes personas en caso de una emergencia.

Contacto Principal _____ Nombre _____ Teléfono
Contacto Secundario (sera contactado si el contacto principal no contesta) _____ Nombre _____ Teléfono

Si tiene una emergencia medica y no puede comunicarse con los socorristas, lo siguiente será compartido con el personal de emergencia:

- Nombre
- Dirección
- Fecha de nacimiento

Escriba sus iniciales y llene lo siguiente si quiere que esta información sea compartida con el personal de emergencia:

Iniciales Todos los medicamentos compartidos con Nicasa que usted está tomando

Iniciales Las siguientes alergias y/o condiciones médicas _____

Firma del cliente

Fecha

Si usted puede comunicarse, Nicasa no compartira información privada de su salud con los socorristas.

Nicasa Solicitud de medios de comunicación confidencial

Nicasa Request for Confidential Means of Communications

Nicasa

Original/ORIGINAL Cambio/CHANGE

Fecha de Hoy/ Today's Date: _____

Nombre del Cliente/ Client's Name: _____

_____ # de Cliente/ Client #

Fecha dd Naclimiento/ Client's Birth Date _____

_____ # de Seguro Social/ Social Security Number

Direcció del Cliente /Client's Address: _____

Telefono durnate el Dia/Daytime Telephone _____

_____ Telefono durante la noche/Evening Telephone

Nicasa quizás se comunicó contigo por correo, por teléfono o fax. Esta comunicación podría incluir información sobre su salud. Si usted no desea ser contactado por los métodos mencionados por favor especifique en el espacio siguiente.

Nicasa may contact you by mail, phone or fax. This communication may include your protected health information. If you do not wish to be contacted by one or more of these methods please specify below:

No se contactado conmigo por este medio: _____

DO NOT CONTACT ME AS FOLLOWS:

Si desea ser contactado en otra dirección diferente a la antes mencionada por favor especificarlo en el siguiente espacio.

If you wish to be contacted at an address other than the one stated above, please specify below:

Por favor contactadme al: _____

PLEASE CONTACT ME AT:

Si hay alguna restricción sobre los pagos. Estos se harán de la siguiente forma/ If the restrictions affect my payment arrangements, payment will be made as follows:

Yo entiendo que Nicasa estará de acuerdo en todas las solicitudes razonables, pero mi solicitud puede ser negada, si yo no proporciono la información necesaria ó si proporciono la información necesaria como para los pagos si aplica. Nicasa me notificará por escrito la respuesta a mi petición.

I understand that Nicasa will agree to all reasonable requests, but may deny a request if I do not clearly provide an alternative means of contact, or if I do not provide information as to how payment, if applicable, will be made. Nicasa will notify me in writing of its response to my request.

Firma del Cliente/ Signature of Client

Fecha/Date

Firma del Tutor o persona responsable/Signature of Client's Personal Representative Fecha/Date

THIS SECTION TO BE COMPLETED FOR CHANGE IN CONFIDENTIAL MEANS OF COMMUNICATION ONLY

For Organization Use Only:

Date Request Received: _____

Date of Written Response: _____

Action taken (CHECK ONE): Approved Denied

Staff person signature

Date



Positive Choices. Lifelong Solutions.

I, _____ (Client's Name), whose Date of Birth is _____, authorize Nicasa to disclose to and/or obtain from: _____

(Name of Person/Title of Person or Organization) the following information:

Description of Information to be Disclosed (Client needs to initial each item to be disclosed)

- Assessment/Evaluation, Diagnosis, Psychological Evaluation, Psychiatric Evaluation, Treatment Plan/Summary, Current Treatment Update/Status, Medication Management Information, Presence/Participation in Treatment, Nursing/Medical Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Risk Reduction Education Information, Discharge/Transfer Summary, Continuing Recovery Plan, Progress in Treatment, Demographic Information, SOS Documentation (Updates, Tx Verification), Status/Completion Letters, Other

Purpose: The purpose of this disclosure of information is to improve assessment and treatment planning, share information relevant to services and when appropriate, coordinate services. If other purpose, please specify: _____

Revocation: I understand that I have a right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending written notification to Nicasa, at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL, 60073. I further understand that a revocation of the authorization is not effective to the extent that action has been taken in reliance on the authorization.

Expiration: Unless sooner revoked, this consent expires one year from the date of my discharge.

Conditions: I further understand that Nicasa will not condition my services on whether I give authorization for the requested disclosure. However, it has been explained to me that failure to sign this authorization may have the following consequences: client responsible for obtaining all information in person.

Form of Disclosure: Unless you have specifically requested in writing that the disclosure be made in a certain format, we reserve the right to disclose information as permitted by this authorization in any manner that we deem to be appropriate and consistent with applicable law, including, but not limited to verbally, in paper format or electronically.

Redisclosure: State and Federal law prohibit the person or organization to whom disclosure is made from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written authorization of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2 or the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.).

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed. I will be given a copy of this authorization for my records.

Signature of Client Date
Signature of Parent, Guardian or Personal Representative Date

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Check here if Client refuses to sign authorization

Signature of Staff Witness Attesting to Identity & Authority Date
04/14/03-C AUTH 01.docx



Effective February 29, 2016

Service Fees

EVALUATIONS

DUI	\$150
Narrative Substance Abuse/Gambling	\$200
Mental Health Assessment	\$200
Locus Assessment	\$100
Secretary of State Part 1	\$100
Secretary of State Part 2	\$500

INDIVIDUAL SERVICES

Substance Abuse/Mental Health	1 hour @ \$100
Treatment Plan	1 hour @ \$100
AODA Intake	1/2 hour @ \$25
Moderate Intake	1 hour @ \$100
Significant/High Risk/IOP Intake	1 hour @ \$125
Youth Intake	1 hour @ \$100

Your costs

OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse	1 hour @ \$28
Mental Health	1 hour @ \$28
AODA	1 hour @ \$14
TRACK	1 hour @ \$10

Estimated hours*

Estimated costs

INTENSIVE OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse/Mental Health	1 day @ \$250
	or 1 hour @ \$28

Estimated days/ hours*

Estimated costs

TOXICOLOGY

Urinalysis drug screen	\$60
Redi Strip alcohol screen	\$40

Estimated hours*

Estimated costs

OTHER

Parenting	1 hour @ \$28
GOALS/Retail Theft Intervention Program	total program @ \$140
Employment Services	1 hour @ \$100
Peer Support Services	1 hour @ \$100

Estimated cost of your treatment

\$

Fees are subject to change based on availability of funding. \$25 No-Show/Cancellation fee will also be applied for missed appointments without advanced notice.

*Total number of hours/days is based on a client's individual treatment plan and progress and is subject to change.

Client Signature

Date



Effective February 29, 2016

Service Fees

EVALUATIONS

DUI	\$150
Narrative Substance Abuse/Gambling	\$200
Mental Health Assessment	\$200
Locus Assessment	\$100
Secretary of State Part 1	\$100
Secretary of State Part 2	\$500

INDIVIDUAL SERVICES

Substance Abuse/Mental Health	1 hour @ \$100
Treatment Plan	1 hour @ \$100
AODA Intake	1/2 hour @ \$25
Moderate Intake	1 hour @ \$100
Significant/High Risk/IOP Intake	1 hour @ \$125
Youth Intake	1 hour @ \$100

Your costs

OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse	1 hour @ \$28
Mental Health	1 hour @ \$28
AODA	1 hour @ \$14
TRACK	1 hour @ \$10

Estimated hours*

Estimated costs

INTENSIVE OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse/Mental Health	1 day @ \$250
	or 1 hour @ \$28

Estimated days/ hours*

Estimated costs

TOXICOLOGY

Urinalysis drug screen	\$60
Redi Strip alcohol screen	\$40

Estimated hours*

Estimated costs

OTHER

Parenting	1 hour @ \$28
GOALS/Retail Theft Intervention Program	total program @ \$140
Employment Services	1 hour @ \$100
Peer Support Services	1 hour @ \$100

Estimated cost of your treatment

\$

Fees are subject to change based on availability of funding. \$25 No-Show/Cancellation fee will also be applied for missed appointments without advanced notice.

*Total number of hours/days is based on a client's individual treatment plan and progress and is subject to change.

Client Signature

Date

Forma de Referencia de Nicasa Para el Sistema de Justicia

Nicasa Criminal Justice System Referral

Yo, _____, con número de seguro social _____,
por este medio autorizo la comunicación entre Nicasa y:

I ... whose social security number is ..., hereby consent to communication between Nicasa and:

- _____ El Circuito o el Distrito de Cortes del Condado de _____ que me ordeno
a recibir tratamiento (incluyendo el Juez y el Abogado del Distrito)
Circuit or District Court of ... County ordering me to treatment (including the Judge and District Attorney)
- _____ El Departamento de Correccionales y de Libertad Bajo de Palabra
Illinois Department of Corrections and Parole
- _____ El Departamento de Correccionales del Condado
... County Department of Corrections
- _____ El Departamento de Probatoria del Condado
... County Department of Probation
- _____ El Departamento de Policía de la Ciudad de _____
City of ... Police Department
- _____ El Departamento de Sheriff del Condado de _____
... County Sheriff's Department
- _____ Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura ("TASC")
Treatment Alternatives for Safe Communities ("TASC")
- _____ Abogado Defensor _____
Defense Attorney (name): ...

La información será compartida con el fin de informar a las agencia de justicia nombradas arriba de mi participación y progreso en los programas de Nicasa, incluyendo cualquiera de la siguiente información: Evaluation, Cartas de Culminación, Diagnostico, Plan o Resumen de Tratamiento, Información Actualización del Tratamiento en Proceso, Información sobre Manejo de Medicamentos, Reportes Toxicológicos, Pruebas de Drogas, Información Educativa, Resumen de Terminación o Traslado, Historia Legal, o Otros _____

Information will be disclosed for the purpose of informing the criminal justice agencies listed above of my participation and progress in Nicasa programs, including any of the following information: Assessment, Completion Letters, Diagnosis, Treatment Plan or Summary, Current Treatment Update, Medication Management Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Educational Information, Discharge/Transfer Summary, Legal History, Other:

Yo entiendo que Nicasa me esta proporcionando tratamiento confiando en que esta autorización permita el compartir la información con las agencias de justicia. Por lo mismo, yo entiendo que esta forma se mantendrá en efecto y no podrá ser revocada por mi hasta que hay una disposición final en el procedimiento que dio como resultado la creación de esta forma. A ese tiempo yo puedo revocar esta autorización de la siguiente manera: Enviando una carta por correo a Nicasa, 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. Si no es revocada, esta autorización será terminada en un año después de la fecha de terminación o de la disposición final en el procedimiento que dio como resultado esta forma, cualquiera que sea la última.

I understand that Nicasa is providing treatment to me in reliance on this authorization permitting disclosure to criminal justice agencies. Therefore, I understand that this authorization will remain in effect and cannot be revoked by me until final disposition of the proceeding that gave rise to the criminal justice system referral. At that time, I may revoke this authorization as follows: in writing mailed to Nicasa at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. If not revoked, this authorization will terminate one year after the date of discharge or final disposition of the proceeding giving rise to the criminal justice system referral, whichever is later.

La persona que recibe esta información confidencial podrá volverla a compartir y usarla solo para llevar a cabo los procedimientos legales de la persona.

A person who receives confidential information may redisclose and use it only to carry out that person's official duties.

Firma del Cliente (Signature of client)

Fecha (Date)

Firma del Padre, Guardián o Representante Personal
(Signature of Parent, Guardian or Personal Representative)

Fecha (Date)

Si usted esta firmando como un representante personal de un individuo, por favor describa autoridad para actuar por este individuo (Abogado de poder, Substituto de Salud, etc.)

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Nombre del Cliente: _____ ID de cliente #: _____

Yo, _____, entiendo que las regulaciones estatales exigen que todas las evaluaciones de DUI que se firmará dentro de los 30 días de la cita de evaluación. Soy consciente de que tengo que volver por _____ para que mi evaluación de DUI se considere completa. Si falta la documentación de apoyo (como el del conductor abstracto, Aviso de Suspensión Sumaria, boletos, etc) es la razón de que mi evaluación no se pudo completar en esta fecha, también debe proporcionar esta antes de la fecha arriba indicada.

También soy consciente de que, si mi evaluación no se ha completado y firmado por la fecha arriba indicada:

- Mi evaluación se mostrará como "incompleto" en el sistema estatal.
- Mi fuente de referencia se le enviará un aviso de que mi evaluación es incompleta, y por qué motivo (s).
- El proyecto de mi evaluación ya no será accesible. Por lo tanto, cuando estoy listo para completar mi evaluación, necesitaré a:

o Completar una nueva cita DUI Evaluación.

o pagar por la cita en la tasa de tasa básica de 150 dólares (una evaluación de DUI sólo puede estar sujeto a una reducción de las tasas una vez).

I, _____, understand that State regulations require all DUI Evaluations to be signed within 30 days of the evaluation appointment. I am aware that I must return by _____ in order for my DUI Evaluation to be considered complete. If missing supporting documentation (such as driver's abstract, Notice of Summary Suspension, tickets, etc.) is the reason my evaluation could not be completed on this date, I must also provide this by the above listed date.

I am also aware that, if my evaluation is not completed and signed by the above date:

- My evaluation will be listed as "Incomplete" in the state system.
- My referral source will be sent a notice that my evaluation is incomplete, and for what reason(s).
- The draft of my evaluation will no longer be accessible. Therefore, when I am ready to complete my evaluation, I will need to:
 - Complete a new DUI Evaluation appointment.
 - Pay for the appointment at the full fee rate of \$150 (a DUI Evaluation can only be subject to a fee reduction one time).

Firmado: _____ Fecha: _____

Personal Testigo: _____ Fecha: _____

Encuesta Sobre el Uso de Sustancias y Manejo de Vehículos en Adultos (Revisada por Illinois)

Instrucciones

Responda a todas las preguntas en este folleto en la forma en la que usted se ve a si mismo. Escoja la respuesta que mejor se adecúe a usted. Piense cuidadosamente sobre cada respuesta. Es importante que usted responda a cada pregunta con la mayor precision que pueda.

Por favor entregue una respuesta para cada pregunta.

Marque solamente una respuesta pra cada pregunta.

Por favor lea las instrucciones entregadas para las diferentes partes de esta encuesta. En algunas partes se le pide que usted entregue respuestas sobre cómo ciertos tópicos se aplican a su vida en general, y luego, en otras partes, sus respuestas deben aplicarse al contexto de los últimos 12 meses que usted ha vivido en la comunidad.

Lea cuidadosamente cada pregunta y cada respuesta posible antes de elegir o tomar una decision.

Usted debe marcar sus respuestas en este folleto-encuesta.

Si usted tiene alguna duda o pregunta, consulte a la persona que le está dando esta encuesta.

Sus respuestas serán tratadas en confidencialidad, de acuerdo a las leyes de su estado y a las leyes federales de confidencialidad, y dentro del acuerdo y regulaciones de consentimiento que usted haya entregado a su agencia para la divulgación de información sobre su persona. Antes de comenzar a responder esta encuesta, por favor complete la siguiente información.

Nobre:	Fecha:	Agencia:
Fecha de Nacimiento:		
Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Ninguna parte de esta encuesta puede ser reproducida a través de algún tipo de impresion o por cualquier otro medio sin el permiso de los autores y del Centro de Investigación y Evaluación de Adicciones. - CARE (IL0105).

Encuesta Sobre el Uso de Sustancias y Manejo de Vehículos en Adultos (Revisada por Illinois)

Para responder, Por favor encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor refleja su situación, para cada pregunta entregada.

1.- ¿Ha bebido alcohol por diversión o para sentirse feliz?

- A. No
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

2. ¿Ha bebido alcohol para relajarse socialmente?

- A. No
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

3.- ¿Ha tomado un trago o dos para aliviarse de sus preocupaciones?

- A. No
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

4.- ¿Ha tenido una mala jaqueca o dolor de cabeza por haber tomado mucho?

- A. No
- B. Una o dos veces
- C. Tres o cuatro veces
- D. Cinco o más veces

5.- ¿Cuántas veces se ha embriagado o se ha emborrachado?

- A. Nunca
- B. Una o dos veces
- C. Varias veces
- D. Muchas veces

6.- ¿Ha ido a trabajar medio tomado, o se ha excusado de ir al trabajo porque tomó mucho?

- A. No
- B. Una vez
- C. Dos o tres veces
- D. Cuatro o más veces

7. ¿Después de beber, ha sido alguna vez incapaz de pensar claramente o de concentrarse?

- A. No.
- B. Una vez.
- C. Dos o tres veces.
- D. Cuatro o más veces.

8. ¿Ha tomado cuando se ha sentido desanimado o deprimido?

- A. Nunca.
- B. A veces.
- C. Con frecuencia.
- D. Con mucha frecuencia.

9. ¿Ha manejado un carro/coche sabiendo que había tomado muchos tragos?

- A. No.
- B. Una vez.
- C. Unas pocas veces.
- D. Muchas veces.

10. ¿Se ha dormido o ha perdido el conocimiento debido a la borrachera?

- A. No.
- B. Una vez.
- C. Dos o tres veces.
- D. Cuatro o cinco veces o más

11. ¿Se ha sentido alguna vez deprimido o desanimado después de haber bebido?

- A. No.
- B. Una vez.
- C. Un par de veces.
- D. Varias veces.

12. ¿Ha sido alguna vez incapaz de recordar lo que hizo cuando estuvo tomando, o después de beber?

- A. No.
- B. Una vez.
- C. Dos veces.
- D. Tres o más veces

13. ¿Ha tomado alcohol para aliviarse del estrés?

- A. No.
- B. A veces.
- C. Con frecuencia.
- D. Con mucha frecuencia.

14. Yo sobrepaso el límite de velocidad si las condiciones del camino son seguras.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

15. Recuerdo situaciones en las que ha manejado rápido sin darme cuenta.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

16. Cuando otros conductores hacen estupideces pierdo la paciencia y me enojo.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

17. Manejo rápido y me arriesgo aunque pueda ser visto o arrestado.

- A. Nunca.
- B. A veces.
- C. Con frecuencia.
- D. Con mucha frecuencia.

18. Manejar rápido me da una sensación de poder.

- A. Nunca.
- B. Muy rara vez
- C. A veces.
- D. Con frecuencia.

19. Me arriesgo cuando manejo porque me da la gana.

- A. Nunca.
- B. Muy rara vez
- C. A veces.
- D. Con frecuencia.

20. Manejando, maldigo, digo palabrotas o insolencias a otros conductores.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

21. He sobrepasado en velocidad y le he ganado a otros conductores.

- A. Nunca.
- B. Muy rara vez.
- C. A veces.
- D. Con frecuencia.

22. Yo paso a otros conductores cuando no estoy apurado/a.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

23. Soy un conductor al que le gusta estar al frente del tráfico o ser el primero en la fila.

- A. Nunca.
- B. A veces
- C. Con frecuencia.
- D. Con mucha frecuencia.

24. Ha tratado de ganarle al semáforo y de pasarme una luz roja.

- A. Nunca
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

25. Esquivo y cambio de carril de un lado a otro en el tráfico.

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

Para la siguiente lista de drogas, encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se ajusta a usted. Por favor sea cuidadoso ya que se le preguntará sobre el consumo durante su vida y durante los 12 últimos meses en la comunidad, además de la edad en la que usted consumió alcohol o drogas por última vez.

La primera pregunta se refiere al número de veces que se ha intoxicado con alcohol o drogas en su vida.

La segunda pregunta le pedirá que indique el número de veces, en los últimos 12 meses que ha estado en su comunidad, que usted se ha intoxicado con alcohol o que ha usado las otras drogas

Seleccione "A" si no ha usado alcohol o drogas en los últimos 12 meses. Seleccione "B" si usted se intoxicó con alcohol o usó las otras drogas desde 1 a 10 veces, etc.

La tercera pregunta le pedirá que indique la edad en la que usted usó dicha droga por última vez.

26. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que se ha intoxicado con alcohol (cerveza, vino, licor, tragos)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

26a. En los últimos 12 meses, ¿cuál es el número total de veces que se ha intoxicado con alcohol (cerveza, vino, licor, tragos)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

26b. ¿A qué edad usó alcohol por última vez (cerveza, vino, licor, tragos)?

27. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado marihuana (pasto, hierba, weed, pot, hashish, hash, THC)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

27a. En los últimos 12 meses, ¿cuál es el número total de veces que ha usado marihuana (pasto, hierba, weed, pot, hashish, hash, THC)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

27b. ¿A qué edad usó marihuana por última vez (pasto, hierba, weed, pot, hashish, hash, THC)?

28. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **cocaína** (coke, snow, crack, rock, blow)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

29. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **anfetaminas, metanfetaminas y otros estimulantes por razones no médicas** (meth, ice, crystal, speed, uppers, diet pills, black beauties, white crosses, bennies, Dexedrine, Desoxyn, Ritalin, Adderall)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

30. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **alucinógenos** (ácido, LSD, acid, peyote, mushrooms, PCP, angel dust, x, ecstasy, ketamine)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

31. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **inhalantes** (pintura, rush, goma, gasolina, paint, glue, nitrous oxide, etc.)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

28a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **cocaína** (coke, coke, snow, crack, rock, blow)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

29a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **anfetaminas, metanfetaminas y otros estimulantes por razones no médicas** (meth, ice, crystal, speed, uppers, diet pills, black beauties, white crosses, bennies, Dexedrine, Desoxyn, Ritalin, Adderall)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

30a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **alucinógenos** (ácido, LSD, acid, peyote, mushrooms, PCP, angel dust, x, ecstasy, ketamine)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

31a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **inhalantes** (pintura, rush, goma, gasolina, paint, glue, nitrous oxide, etc.)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

28b. ¿A qué edad usó **cocaína** por última vez (coke, snow, crack, rock, blow)?

29b. ¿A qué edad usó por última vez **anfetaminas, metanfetaminas y otros estimulantes por razones no médicas** (meth, ice, crystal, speed, uppers, diet pills, black beauties, white crosses, bennies, Dexedrine, Desoxyn, Ritalin, Adderall)?

30b. ¿A qué edad usó por última vez **alucinógenos** (ácido, LSD, acid, peyote, mushrooms, PCP, angel dust, x, ecstasy, ketamine)?

31b. ¿A qué edad usó por última vez **inhalantes** (pintura, rush, goma, gasolina, paint, glue, nitrous oxide, etc.)?

32. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **heroína** (horse, H, smack, junk)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

33. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **opio y derivados** o calmantes para el dolor, usados por **razones no médicas** (codeína, opio, morfina, Percodan, Dilaudid, Demerol, Methadone, Oxycotin, Vicodin, Darvon)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

34. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **barbitúricos/sedantes** usados por **razones no médicas** (pastillas para dormir y otros como Seconal, Nembutal, Amytal, Doriden, Quaaludes, Dalmane, Placidyl, blues, reds, yellows, ludes)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

32a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **heroína** (horse, H, smack, junk)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

33a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **opio y derivados** o calmantes para el dolor, usados por **razones no médicas** (codeína, opio, morfina, Percodan, Dilaudid, Demerol, Methadone, Oxycotin, Vicodin, Darvon)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

34a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **barbitúricos o sedantes** usados por **razones no médicas** (pastillas para dormir y otros como Seconal, Nembutal, Amytal, Doriden, Quaaludes, Dalmane, Placidyl, blues, reds, yellows, ludes)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

32b. ¿A qué edad usó por última vez **heroína** (horse, H, smack, junk)?

33b. ¿A qué edad usó por última vez **opio y derivados** o calmantes para el dolor usados por **razones no médicas** (codeína, opio, morfina, Percodan, Dilaudid, Demerol, Methadone, Oxycotin, Vicodin, Darvon)?

34b. ¿A qué edad usó por última vez **barbitúricos/sedantes** usados por **razones no médicas** (pastillas para dormir y otros como Seconal, Nembutal, Amytal, Doriden, Quaaludes, Dalmane, Placidyl, blues, reds, yellows, ludes)?

35. En su vida, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **tranquilizantes** usados por **razones no médicas** (Librium, Valium, Ativan, Xanax, Serax, Miltown, Equanil, meprobamates)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

35a. **En los últimos 12 meses**, ¿cuál es el número total de veces que ha usado **tranquilizantes** usados por **razones no médicas** (Librium, Valium, Ativan, Xanax, Serax, Miltown, Equanil, meprobamates)?

- A. Nunca usó
- B. Una a 10 veces
- C. 11-25 veces
- D. 26-50 veces
- E. Más de 50 veces

35b. ¿A qué edad usó por última vez **tranquilizantes** usados por **razones no médicas** (Librium, Valium, Ativan, Xanax, Serax, Miltown, Equanil, meprobamates)?

36. Describa su uso de **cigarillos (tabaco)**.

- A. Nunca fumé
- B. No fumo ahora
- C. Hasta la mitad de un paquete al día
- D. Un paquete al día
- E. Dos paquetes al día
- F. Más de dos paquete al día

¿Ha usado usted alcohol u otras drogas por alguna de las siguientes razones? Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se le ajusta a usted.

37. ¿Para divertirse y relajarse?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

38. ¿Para aliviar el estrés y la tensión?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

39. ¿Para sentirse menos deprimido?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

40. ¿Para estar o sentirse menos tímido?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

41. ¿Para ser capaz de expresarse mejor?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

42. ¿Para alliviar sus preocupaciones y pesares?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

43. ¿Para olvidar sus problemas?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

44. ¿Para calmarse?

- A. No
- B. A veces
- C. Frecuentemente
- D. Con mucha frecuencia

Como resultado del uso de alcohol o de cualquier otra droga en preguntas 26 a 35, encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se le ajusta a usted. Por favor sea cuidadoso ya que se le preguntará sobre el consumo durante su vida y durante los 12 últimos meses en la comunidad.

La primera pregunta le pide que indique qué tan seguido le ha ocurrido cualquiera de lo siguiente durante su vida.

La segunda pregunta le pide que indique qué tan seguido le ha ocurrido cualquiera de lo siguiente durante los últimos 12 meses que ha vivido en la comunidad. Seleccione "A" si no le ocurrió nunca a usted, seleccione "B" si le ocurrió de 1-3 veces, seleccione "C" si le ocurrió de 4-6 veces, seleccione "D" si le ocurrió de 7-10 veces y seleccione "E" si le ocurrió más de 10 veces.

45. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se le han olvidado o borrado sus acciones (olvidó lo que hizo aunque estaba despierto)?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

45a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se le han olvidado o borrado sus acciones (olvidó lo que hizo aunque estaba despierto)?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

46. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha vuelto físicamente violento?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

46a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha vuelto físicamente violento?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

47. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha tropezado o ha caminado a tropezones?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

47a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha tropezado o ha caminado a tropezones?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

48. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha perdido el conocimiento (passed out)?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

48a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha perdido el conocimiento (passed out)?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

49. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha tratado de suicidar?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

49a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha tratado de suicidar?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

50. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha vuelto físicamente enfermo o con nauseas/vómitos?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

50a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha vuelto físicamente enfermo o con nauseas/vómitos?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

51. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha visto o escuchado cosas que no eran reales?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

51a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha visto o escuchado cosas que no eran reales?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

52. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha sentido mentalmente confundido?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

52a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha sentido mentalmente confundido?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

53. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha pensado que hay gente que quiere hacerle daño?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

53a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha pensado que hay gente que quiere hacerle daño?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

54. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha tenido escalofríos, sacudidas o temblores físicos?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

54a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido escalofríos, sacudidas o temblores físicos?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

55. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha tenido un ataque o convulsión?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

55a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido un ataque o convulsión?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

56. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha sentido su corazón rápido, o ha tenido palpitaciones rápidas o taquicardia?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

56a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha sentido su corazón rápido, o ha tenido palpitaciones rápidas o taquicardia?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

57. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se ha vuelto ansioso, nervioso o tenso?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

57a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha vuelto ansioso, nervioso o tenso?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

58. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha tenido fiebre, se ha sentido acalorado o sudado?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

58a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido fiebre, se ha sentido acalorado o sudado?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

59. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia no pudo comer o dormir?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

59a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo comer o dormir?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

60. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia se sintió débil, cansado o fatigado?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

60a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se sintió débil, cansado o fatigado?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

61. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia fue incapaz de ir a la escuela o al trabajo?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

61a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia fue incapaz de ir a la escuela o al trabajo?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

62. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha descuidado o sido negligente con su familia?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

62a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha descuidado o sido negligente con su familia?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

63. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia ha violado la ley o cometido un crimen?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

63a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha violado la ley o cometido un crimen?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

64. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas **en toda su vida** ¿con qué frecuencia no ha podido pagar sus cuentas o facturas?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

64a. Como resultado de su uso de alcohol o de otras drogas, **en los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia no ha podido pagar sus cuentas o facturas?

- A. Nunca
- B. 1-3 veces
- C. 4-6 veces
- D. 7-10 veces
- E. Más de 10 veces

Para las siguientes preguntas, por favor seleccione la respuesta que mejor se le ajusta a usted.

65. ¿Se ha sentido desanimado o deprimido?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

66. ¿Ha estado nervioso y tenso?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

67. ¿Ha estado irritado o enojado?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

68. ¿Ha sentido su estado de ánimo muy extremo, como si usted fuera de arriba a abajo –desde muy feliz a muy deprimido?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

69. ¿Tiende a preocuparse por cosas?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

70. ¿Ha sentido que no desea vivir o que quiere suicidarse?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

71. ¿Ha tenido problemas para dormir?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

72. ¿Ha tenido pensamientos que le molestan o le alteran?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

73. ¿Se ha sentido descorazonado o sin motivación sobre su futuro?

- A. Casi nunca
- B. Sí, a veces
- C. Sí, mucho
- D. Sí, todo el tiempo

Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se le ajusta a usted.

74. ¿Alguna vez se ha enojado con alguien?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

75. ¿Alguna vez ha mentido o no ha dicho la verdad?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

76. ¿Alguna vez se ha sentido infeliz, o insatisfecho?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

77. ¿Se ha sentido frustrado alguna vez sobre alguno de sus trabajos?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

78. ¿Se guarda cosas y no le cuenta a nadie lo que usted piensa o siente?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

79. ¿Alguna vez ha sido grosero o irrespetuoso con alguien?

- A. No, nunca
- B. Casi nunca
- C. Sí, unas pocas veces
- D. Sí, mucho

80. ¿Alguna vez ha llorado por alguien o algo?

- A. No, nunca
 - B. Casi nunca
 - C. Sí, unas pocas veces
 - D. Sí, mucho
-

Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se le ajusta a usted.

81. Cuando era adolescente tuve problemas con la ley.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

82. Me suspendieron o expulsaron de la escuela cuando era niño/a o adolescente.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

83. He participado en peleas.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

84. He sido acusado de conducir bajo la influencia del alcohol o drogas.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

85. He tenido problemas porque no respeto reglas.

- A. No es cierto
- B. Un poco de verdad
- C. Usualmente cierto
- D. Siempre es cierto

86. No me gustan los oficiales de policía.

- A. No es cierto
- B. Un poco de verdad
- C. Usualmente cierto
- D. Siempre es cierto

87. Hay demasiadas leyes en nuestra sociedad.

- A. No es cierto
- B. Un poco de verdad
- C. Usualmente cierto
- D. Siempre es cierto

88. Está bien violar la ley si no se hiere o se perjudica a nadie.

- A. No es cierto
- B. Un poco de verdad
- C. Usualmente cierto
- D. Siempre es cierto

Por favor responda a las siguientes preguntas en relación a cómo se apliquen ellas a su vida entera y a los últimos 12 meses que usted ha estado en su comunidad. Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se ajusta a usted.

89. **En su vida**, ¿qué número de veces ha recibido una infracción de tráfico por alguna violación al conducir (velocidad, conducir sin licencia, pasar una luz roja, etc).

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

89a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha recibido una infracción de tráfico por alguna violación al conducir (velocidad, conducir sin licencia, pasar una luz roja, etc).

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

90. **En su vida**, en mi comunidad, ¿se ha envuelto o relacionado con gente que ha tenido problemas con la ley?

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

90a. **En los últimos 12 meses**, ¿en su comunidad, se ha envuelto o relacionado con gente que ha tenido problemas con la ley?

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

91. **En su vida**, ¿con cuánta frecuencia sus amigos y/o familia han tenido problemas con la ley?

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

91a. **En los últimos 12 meses**, ¿con cuánta frecuencia sus amigos y/o familia han tenido problemas con la ley?

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

92. **En su vida**, cuando ha violado la ley, ha estado drogado o bajo la influencia del alcohol.

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

92a. **En los últimos 12 meses**, cuando ha violado la ley, ha estado drogado o bajo la influencia del alcohol.

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

93. **En su vida**, cuando ha cometido un crimen, usted sabía que su comportamiento era criminal.

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

93a. **En los últimos 12 meses**, cuando ha cometido un crimen, usted sabía que su comportamiento era criminal.

- A. No, nunca
- B. A veces
- C. Mucho
- D. La mayor parte del tiempo

Por favor responda a las siguientes preguntas en relación a cómo se apliquen ellas a su vida entera y a los últimos 12 meses que usted ha estado en su comunidad. Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se ajusta a usted.

94. **En su vida**, siendo adulto, ha tenido problemas con la ley, los que no se relacionan a conducir un vehículo motorizado.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

94a. **En los últimos 12 meses**, siendo adulto, ha tenido problemas con la ley, los que no se relacionan a conducir un vehículo motorizado.

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

95. **En su vida**, ¿qué número de veces que ha sido arrestado o acusado de un crimen/

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

95a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces que ha sido arrestado o acusado de un crimen/

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

96. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido encontrado culpable de un crimen (menor o mayor)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

96a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido encontrado culpable de un crimen (menor o mayor)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

97. **En su vida**, ¿qué número de veces su libertad condicional ha sido revocada (seleccione "A" si nunca ha estado bajo libertad condicional)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

97a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces su libertad condicional ha sido revocada (seleccione "A" si nunca ha estado bajo libertad condicional)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

98. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido arrestado por algún crimen cometido en contra de una persona (como robo, robo con fuerza, asalto, violación, homicidio no premeditado, asesinato)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

98a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido arrestado por algún crimen cometido en contra de una persona (como robo, robo con fuerza, asalto, violación, homicidio no premeditado, asesinato)?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

99. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido arrestado por algún delito relacionado con la violencia doméstica?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

99a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido arrestado por algún delito relacionado a la violencia doméstica?

- A. Nunca
- B. 1-2 veces
- C. 3-4 veces
- D. 5 o más veces

Por favor responda a las siguientes preguntas en relación a cómo se apliquen ellas a su vida entera y a los últimos 12 meses que usted ha estado en su comunidad. Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se ajusta a usted.

100. **En su vida**, qué período total de tiempo ha estado en libertad condicional?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses
- D. 1-3 años
- E. 4 o más años

100a. **En los últimos 12 meses**, qué período total de tiempo ha estado en libertad condicional?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses

101. **En su vida**, ¿qué período total de tiempo ha estado en libertad bajo palabra?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses
- D. 1-3 años
- E. 4 o más años

101a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué período total de tiempo ha estado en libertad bajo palabra?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses

102. **En su vida**, ¿qué período total de tiempo ha estado en prisión o encarcelado?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses
- D. 1-3 años
- E. 4 o más años

102a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué período total de tiempo ha estado en prisión o encarcelado?

- A. Nunca
- B. 1-6 meses
- C. 7-12 meses

103. **En su vida**, ¿con qué frecuencia se ha puesto violento/a en su compartamiento o acciones?

- A. Nunca
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

103a. **En los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha puesto violento/a en su compartamiento o acciones?

- A. Nunca
- B. A veces
- C. Con frecuencia
- D. Con mucha frecuencia

Por favor responda a las siguientes preguntas en relación a cómo se apliquen ellas a su vida entera y a los últimos 12 meses que usted ha estado en su comunidad. Encierre en un círculo la letra junto a la respuesta que mejor se ajusta a usted.

104. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado a la cárcel del condado por un crimen?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

104a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado a la cárcel del condado por un crimen?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

105. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado por un crimen por el cual ha sido puesto en libertad bajo palabra, en libertad condicional, o en supervisión condicional?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

105a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado por un crimen por el cual ha sido puesto en libertad bajo palabra, en libertad condicional, o en supervisión condicional?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

106. **En su vida**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado a la cárcel estatal o federal por un crimen?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

106a. **En los últimos 12 meses**, ¿qué número de veces ha sido sentenciado a la cárcel estatal o federal por un crimen?

- A. Nunca
- B. Una vez
- C. Dos veces
- D. Tres veces
- E. 4 o más veces

Por favor responda a estas preguntas respecto de cómo se ve usted a si mismo en este momento.

107. ¿Ha sentido la necesidad de cambiar sus hábitos de consumo de alcohol o drogas?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

108. ¿Quiere parar de usar alcohol; o continuar no usando alcohol?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

109. ¿Quiere parar de usar drogas; o continuar no usando drogas?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

110. ¿Ha sentido la necesidad de conseguir ayuda con problemas relacionados al uso de alcohol?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

111. ¿Ha sentido la necesidad de conseguir ayuda con problemas relacionados al uso de drogas?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

112. ¿Es importante para usted cambiar en relación a su uso de alcohol o drogas?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

113. ¿Tiene la voluntad o deseo de venir a (o continuar en) un programa donde la gente puede recibir ayuda respecto a los problemas relacionados al uso de alcohol o drogas?

- A. No, para nada
- B. Sí, tal vez
- C. Sí, probablemente
- D. Sí, de seguro

FORMULARIO DE REFERENCIA

CONSULTA GRATIS DE “JUEGOS DE AZAR”

POR FAVOR HABLE CON EL PERSONAL DE SERVICIO AL CLIENTE ANTES DE SALIR, O LLAME A LOS PROGRAMADORES DE CITAS AL 847-201-8134, O 847-201-8527 PARA PROGRAMAR SU CONSULTA GRATIS DE “JUEGOS DE AZAR”. POR FAVOR TENGA A MANO SU CALENDARIO. ¡LE ESPERAMOS CON INTERÉS PARA ESCUCHAR SOBRE USTED!