

Formulario de Consentimiento de Residencia

(Conforme al Código 28 de Pa. §717.20(a)(2))

Nombre del residente: _____

Declaración de residencia voluntaria:

Acepto voluntariamente residir en **Victory Recovery Homes**.

Entiendo y acepto que se espera que participe activamente en apoyos para la recuperación, como reuniones de recuperación, apoyo entre pares, reuniones de formación espiritual cristiana u otras actividades de recuperación.

También entiendo que debo abstenerme del consumo y la venta de alcohol y drogas ilícitas. Además, pagaré a tiempo mi cuota del programa/de la casa. Puedo terminar mi residencia en cualquier momento.

Entiendo que se permiten los medicamentos recetados, incluidos los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD). Reportaré todos mis medicamentos al momento de la admisión (y cualquier receta nueva) y los guardaré en una caja de seguridad cerrada con llave.

Derechos del residente

Los residentes conservarán todos los derechos civiles que no hayan sido restringidos específicamente por una determinación judicial o administrativa separada de la autoridad legal correspondiente.

El titular de la licencia no puede discriminar a un residente por motivos de edad, raza, sexo, religión, origen étnico, situación económica, discapacidad, orientación sexual o identidad o expresión de género.

Todos los registros son propiedad de Victory Recovery Homes. Los residentes tienen derecho a revisar sus propios registros presentando una solicitud por escrito al Administrador de la Casa. El Administrador de la Casa tiene tres (3) días para responder. Los residentes tienen derecho a solicitar la corrección de la información en sus registros si es inexacta, irrelevante, desactualizada o incompleta.

Los residentes también tienen derecho a presentar una réplica o información adicional que deseen incluir en sus registros, la cual pasará a formar parte de su expediente.

Las decisiones sobre el tratamiento le corresponden al residente y a su profesional clínico. **Victory Recovery Homes** no puede exigir ni prohibir que un residente asista a un programa de tratamiento específico. Victory Recovery Homes apoya el tratamiento cuando un residente está en tratamiento o cuando su profesional clínico lo recomienda.

Mi firma confirma que he leído mis derechos y las reglas de la casa, y que he recibido una copia del Manual del Residente.

Firma del residente: _____ **Fecha:** _____

Información de contacto de emergencia

Al ingresar a la Casa de Recuperación, cada residente deberá proporcionar el nombre y el número de teléfono de al menos un contacto de emergencia.

Es política de Victory Recovery Homes notificar al contacto de emergencia del residente dentro de las doce (12) horas siguientes a cualquiera de los siguientes eventos:

- Hospitalización del residente
- Fallecimiento del residente
- Decisión del residente de terminar su residencia
- Que el residente no regrese a la residencia como se esperaba
- Cualquier otro incidente grave que requiera una respuesta de emergencia

La notificación al contacto de emergencia se documentará en el expediente del residente y en el Registro de Incidentes, incluyendo la fecha, la hora, el método de contacto y las iniciales del personal.

Proporcione la información de al menos un (1) contacto de emergencia:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Documentación de la notificación:

Fecha _____ Hora _____ Método de contacto _____ Iniciales del personal _____