**SOLICITUD DE INTERNAMIENTO**

Santiago Undameo, Michoacán a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente y bajo mi entera responsabilidad, solicito a la dirección de esta institución sea recibido en calidad de “PACIENTE” al C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para participar en la terapia de rehabilitación por presentar adicción actualmente su conducta viene poniendo en peligro su propia vida y está originando serios problemas familiares, sociales y labores.

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Edo. Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Domicilio Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sustancia (s) psicoactiva (s) de consumo frecuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tiempo aproximado de consumirla (s) sustancia (s) psicoactiva (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Enfermedades que ha padecido de 5 años a la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Hospitalizaciones recientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Internamientos a algún Centro de Reclusión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Asistencia a grupos tradicionales de AA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Internamiento a grupos tradicionales de rehabilitación a sustancias psicoactivas: \_\_\_\_\_\_\_.

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

**(Familiar responsable)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CLÁUSULAS**

1. Acepto que este centro utiliza el programa y sistema de Organización Mundial de Adictos Anónimos y la Norma 028 SSA Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; y que nuestro familiar será iniciado en su tratamiento, por lo que no esperamos curación definitiva.

2. El tiempo de permanencia queda sujeto a la rehabilitación alcanzada o si el familiar o en su caso el representante legal lo solicita en cualquier momento.

3. Si el paciente muestra incapacidad física o mental para participar en la terapia de grupo, regresará con sus familiares para que le proporcione otro tipo de rehabilitación.

4. Me comprometo a revisar la lista de artículos personales que el usuario necesita en su estancia de rehabilitación y los otorgaré en un plazo máximo de 48 horas a partir del momento de su ingreso.

5. Acepto que, en caso de que mi familiar no cuente con servicios médicos y llegará a necesitar y recibir atención médica, los gastos corren por mi cuenta.

6. Cualquier daño causado por el paciente a la Infraestructura de la institución será cargado a mi cuenta.

7. Me responsabilizo y me comprometo a cubrir los gastos económicos que se llegaren a generar si el paciente dañara de gravedad física y/o psicológica a algún otro paciente o personal de la institución, así como a asumir la responsabilidad que se derive del comportamiento y/o acciones de mi familiar dentro de la institución.

8. Estoy de acuerdo en pagar de manera anticipada todos y cada uno de los gastos de mi familiar, medicamentos, visitas a médicos u odontólogos, tienda; artículos personales y de aseo individual.

9.-El familiar responsable manifiesta bajo protesta de decir verdad que se le ha explicado y entiendo perfectamente la programación a la cual el paciente está siendo sometido, la cual está basado en un fundamento emocional.

10.- Al momento del ingreso manifiesta haber depositado la cantidad de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como donación de ingreso y la cantidad de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adicionales correspondientes a su PRIMER SEMANA de programación. La entiendo perfectamente que tanto este dinero como toda aportación mensual NO SERA REEMBOLSABLE. En caso de abandono, expulsión o cualquier otra situación en donde el residente no concluya o empiece su tratamiento.

11.- Acepto plenamente que en caso de abandono y/o expulsión del programa de la Clínica 7 Ángeles Centro de Rehabilitación NO ES RESPONSABLE por ropa y/o artículos personales dejados dentro o fuera de la institución.

12.- Así también tiene pleno conocimiento que en la Clínica 7 Ángeles Centro de Rehabilitación queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra que atente

contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

13. Acepto se me otorgue un crédito por el monto de $3,000.00 (tres mil pesos 00/100 M.N.) para los gastos mencionados en el punto que antecede (punto 8.)

14. Se me hace saber que la enfermedad de la adicción en algunos casos contrae complicaciones físicas de gravedad que pueden presentarse repentinamente y causar enfermedad de gravedad o incluso la muerte, por lo que manifiesto que si esto sucediera LIBERO DE TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD a los servidores, personal y/o directivos, igualmente acepto esta cláusula en caso de algún accidente donde mi familiar pudiera resultar con algún daño físico.

15. Por actos de indisciplina, el paciente puede ser corregido e incluso podrá ser entregado a sus familiares, en casos de indisciplina grave o actos de violencia física, verbal o emocional.

16. Después de que hayan transcurrido 30 días de internamiento del paciente acepto asistir los domingos de las 11:00 am las 2:00 pm, a una junta de información para las familias.

HABIENDO EL PERSONAL DE LA CLÍNICA EXPLICADO CLARAMENTE EL ALCANCE Y CONTENIDO DE LA PRESENTE SOLICITUD Y UNA VEZ QUE COMO FAMILIAR RESPONSABLE HE ENTENDIDO TODAS Y CADA UNA DE ELLAS, ASI COMO EL ALCANCE LEGAL QUE TIENEN, COMO FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES Y DEBIDO A QUE EN EL PRESENTE INSTRUMENTO NO EXISTE DOLO, ERROR, LESIÓN, MALA FE Y NINGÚN VICIO DEL CONSENTIMIENTO, LO ACEPTO EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES Y LO RATIFICO FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE PARA SU DEBIDA CONSTANCIA.

| **NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD** | **NOMBRE Y FIRMA** |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FAMILIAR RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TESTIGO** |



| HUELLA DACTILAR PULGAR IZQUIERDO DEL PACIENTE | HUELLA DACTILAR PULGAR DERECHO DEL PACIENTE |
| --- | --- |
|  |  |