



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DIARIO DE VILLAGE CENTERS 2021

Bienvenidos a The Village Centers. Nos complace que esté interesado en solicitar la admisión a nuestro programa diurno. El proceso de solicitud permite al Comité de Admisiones determinar si The Village puede satisfacer las necesidades de la persona que solicita la admisión.

Para determinar la elegibilidad, hemos establecido los siguientes requisitos para completar el proceso de admisión:

1. Complete esta solicitud, junto con los documentos solicitados, con las firmas correspondientes, y envíela a The Village Centers, 3819 Plum Valley Drive; Kingwood, Texas 77339; Attn: Admisiones; junto con la tarifa de solicitud de \$100.00 (no reembolsable). *(La tarifa de solicitud es necesaria para cubrir los costos del papeleo inicial, la entrevista de admisión / evaluación y otra revisión de la documentación esencial requerida para inscribir a un nuevo cliente).* **Por favor complete la solicitud completa, la falta de ella resultará en un retraso en la inscripción.**
2. Envíe los siguientes documentos:
 - Plan de educación individual completo más reciente (IEP si corresponde)
 - Plan de comportamiento, si corresponde
 - Prueba de tutela, si corresponde
 - Copia de la licencia de conducir o identificación con foto
 - Evaluaciones de agencias (DMR si corresponde)
 - Foto reciente
 - Prueba de TB
 - Órdenes médicas y físicas actuales
3. Entrevista y visita inicial: si se aprueba su solicitud para el segundo paso del proceso de Admisiones, se le invitará a recorrer nuestras instalaciones y reunirse con el Comité de Admisiones. Durante este tiempo se describirán los detalles del programa. El solicitante y su familia tendrán la oportunidad de discutir cualquier pregunta o inquietud que puedan tener. Si se requieren fondos del gobierno para el pago, el contrato y las aprobaciones deben estar vigentes antes del comienzo de la inscripción.

The Village no discrimina por motivos de raza, color, etnia, religión, edad o género en su política o programas de admisión. Depende de la discreción del Comité de Admisiones quién es aceptado para la admisión al programa.



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Persona que llena la solicitud: Yo mismo Padre / cuidador / tutor

Persona de contacto: _____ Relación: _____

Dirección de la persona de contacto _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono _____

Nombre legal completo del cliente: _____
Primero Medio Último

Nombre Preferido: _____

Habla a: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Nombre Preferido: _____
Primero Medio Último

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular del cliente: _____

Sexo M/F: _____ DOB: _____ Edad (a la fecha de la solicitud): _____

Seguridad Social #: _____ TX ID / licencia de conducir #: _____

LON (Nivel de necesidad): ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ (HCS, TxHmL, CLASS)

Etnicidad: ___ Caucásico ___ Afroamericano ___ Asiático Otro: _____

Diagnóstico de discapacidad: _____
1st 2nd 3rd 4th

Tutela:
¿Es el cliente su propio tutor legal? Si No

En caso afirmativo, ¿con quién tenemos permiso para hablar / consultar en su nombre?
(Por favor escriba el nombre y la relación con la clienta): _____

Si la respuesta es **NO**, ¿quién es el tutor legal? (Nombre): _____

Relación del tutor legal con el cliente: _____

¿Con quién vive? (Marque uno): Madre y Padre Madrastra/Padrastro Madre
 Padre Casa de Grupo Otro (Por favor especifica): _____



INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

1. Nombre del padre / cuidador / tutor: _____

Relación con el cliente: Padre/Madre Cuidador Guardián Hermano/Hermana Otro: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

(Indique la dirección de correo electrónico a la que podemos enviar actualizaciones del programa y recordatorios. Esta dirección se utilizará como fuente principal de comunicación)

2. Nombre del padre / cuidador / tutor: _____

Relación con el cliente: Padre/Madre Cuidador Guardián Hermano/Hermana Otro: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

(Indique la dirección de correo electrónico a la que podemos enviar actualizaciones del programa y recordatorios. Esta dirección se utilizará como fuente principal de comunicación)

CONTACTO DE EMERGENCIA: El contacto de emergencia debe ser una persona que no sea el padre / cuidador / tutor (es) mencionado anteriormente. Este contacto puede ser el de un pariente, vecino o amigo adicional que pueda ser contactado en caso de que no se pueda localizar al padre / cuidador / tutor(s) principal.

#1

Nombre: _____

Relación con el Cliente: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

#2

Nombre: _____

Relación con el Cliente: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Instrucciones especiales (si las hay, es decir, "Llame a mamá primero, luego a papá"):



INVENTARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES

Comunicación:

- Verbal (hablar / hablar) Non-verbal

Si no es verbal, ¿qué método de comunicación usa?

- Lenguaje de señas Símbolos Otro: _____

- Dispositivo de comunicación (Dynavox, iPad, etc. Se requiere liberación de responsabilidad)

Describe el dispositivo:

Ambulatorio:

- ¿El cliente es ambulatorio? Sí No

- ¿El cliente requiere equipo ambulatorio? (es decir, andador, silla de ruedas, muletas) Sí No

En caso **afirmativo**, explíquelo por favor:

Aseo:

- No** requiere ayuda para ir al baño (puede limpiarse, subirse los pantalones, etc. de forma independiente)
- Requiere asistencia **mínima** (necesita un recordatorio verbal para limpiarse, lavarse las manos, etc.)
- Requiere asistencia **total** (necesita ayuda para limpiarse, cambiar pañales / toallas, etc.)
- Usa pañales para adultos
- Otro: _____
-

Alimentación:

- No** requiere ayuda para alimentarse por sí mismos (puede hacerlo de forma independiente)
- Requiere asistencia **mínima** (ayuda para calentar alimentos, cortar alimentos, etc.)
- Requiere asistencia **total** (sonda de alimentación, puré de alimentos, etc.)

Vendaje:

- No** requiere ayuda para vestirse solos (puede hacerlo de forma independiente)
- Requiere ayuda **mínima** para vestirse
- Requiere ayuda **total** para vestirse

Indique qué asistencia se necesita: _____

Aldeanas:

- No** requiere ayuda, es capaz de manejarse por sí misma durante la menstruación.
- Requiere asistencia **mínima** durante la menstruación (recordatorio verbal para revisar / cambiar productos femeninos, etc.)
- Requiere asistencia **total** durante la menstruación (llevar al baño, revisar / cambiar físicamente productos femeninos, etc.)



HABILIDADES FUNCIONALES CONT.

Comportamientos (marque todos los que correspondan)

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rabietas | <input type="checkbox"/> Gritos | <input type="checkbox"/> Mordiscos | <input type="checkbox"/> Golpes | <input type="checkbox"/> Escupes |
| <input type="checkbox"/> Rasguños | <input type="checkbox"/> Puls de pelo | <input type="checkbox"/> Patadas | <input type="checkbox"/> Golpes en la cabeza | <input type="checkbox"/> Bofetadas |
| <input type="checkbox"/> Roba | <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> Auto-abusivo | <input type="checkbox"/> Destructivo |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Huye | <input type="checkbox"/> Pellizcos | <input type="checkbox"/> Aggressibe | <input type="checkbox"/> Deprimido |
| <input type="checkbox"/> Fantasea | <input type="checkbox"/> Habla consigo mismo | <input type="checkbox"/> Usa un lenguaje inapropiado | | |

Explicación de los elementos marcados arriba: _____

¿Hay cosas que le molestan (es decir, ruidos fuertes, cambio de rutina, grandes multitudes, etc.)?: _____

¿Cómo describiría su comportamiento diario (es decir, tranquilo, hiperactivo, social, agresivo, etc.)?: _____

Incluya cualquier otra información vital sobre él que nos sea de ayuda: _____

INFORMACION PERSONAL:

¿Está el cliente actualmente en un plan de comportamiento?: Sí No

Lectura (marque todas las que correspondan):

No puede leer Puede leer palabras sencillas Leer de forma independiente

Escritura (marque todas las que correspondan):

No puede escribir Puede escribir palabras sencillas Escribe de forma independiente

Marque todas las actividades extracurriculares que le gusten hacer:

Juegos de mesa Manualidades Arte Deportes Lectura Computadora
 Drama Fitness Cocinar Música Videojuegos Otro

Otro: _____



CONOCIENDO A TU PUEBLO

Nos gustaría conocer mejor a su aldeano, así que responda las siguientes preguntas. Escriba de forma legible.

¿Cuál es su actividad, juego o pasatiempo favorito?

¿De qué es lo que más le gusta hablar?

¿Cuáles son sus comidas favoritas?

¿Cuáles son sus comidas que menos le gustan?

¿Cuándo es más cooperativo?

¿Cuándo es menos cooperativo?

¿Qué le asusta?

¿Qué le calma?

¿En qué objetivos personales le gustaría que trabajara?

1. _____
2. _____
3. _____



REFERENCIAS

Por favor enumere todos los que apliquen:

Personal

Nombre: _____ Relación: _____

De teléfono: _____ Email: _____

Colegio

Nombre: _____ Relación: _____

De teléfono: _____ Email: _____

Sitio de trabajo

Nombre: _____ Relación: _____

De teléfono: _____ Email: _____

Actividades sociales / terapéuticas

Nombre: _____ Relación: _____

De teléfono: _____ Email: _____

Olimpiadas Especiales

Nombre: _____ Relación: _____

De teléfono: _____ Email: _____

Por la presente doy permiso para que el Comité de Admisiones de The Village Centers se comunice con cualquiera y /o todas las referencias anteriores.

Firma: _____

Fecha: _____



INFORMACION MEDICA

Médico de atención primaria del cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Número de fax: _____

¿Toma algún medicamento? Si es así, ¿qué tipo (s) y cuáles son los horarios de administración? (Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel aparte):

1. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

2. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

3. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

4. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

*** Preferimos que proporcione una semana completa de medicamentos en los frascos de prescripción originales marcados con instrucciones claras. Se requiere una renuncia por escrito firmada por el padre / cuidador para que el personal supervise la autoadministración de medicamentos. Consulte la exención para obtener más detalles ***

¿Tiene convulsiones? **SI** **NO**

En caso **afirmativo**, ¿con qué frecuencia y cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha dejado de respirar durante una convulsión? _____

¿Lleva protección para la cabeza? _____

Si se le indica lo contrario, se llamará al 911 si experimenta una convulsión.

¿Tiene alguna restricción dietética? **SI** **NO**

En caso **afirmativo**, indique:



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Revise el siguiente formulario, teniendo en cuenta que el participante puede estar involucrado en una o más de las actividades enumeradas a continuación. Le pedimos que usted, como participante, tutor legal o padre de un menor, tome una determinación sobre cada uno de estos temas e indique su respuesta de manera apropiada. Este formulario debe completarse en el momento de la admisión y, a partir de entonces, al menos una vez al año.

Yo, _____ (participante / tutor legal / padre) doy o no doy mi consentimiento / permiso para _____ (nombre del participante) en cada uno de los siguientes temas.

ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS	SI	NO
1.) Consentimiento / permiso para ayudar al participante con cualquier receta o medicamento (s) de venta libre que su médico haya aprobado o recetado.		
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SI	NO
1.) Consentimiento / permiso para que la información confidencial del participante solo se comparta con el personal de Village para fines de programación.		
2.) Consentimiento / permiso para que la información confidencial del participante se comparta con el Coordinador de servicios, Administrador de casos, QMRP o Proveedor del participante.		
3.) Consentimiento / permiso para compartir la información confidencial del participante (indique quién :) _____		

¿Tiene alguna alergia a alimentos, animales, medicamentos, etc.? En caso afirmativo, enumere y describa la reacción:

Ejemplo: alergia alimentaria - productos lácteos (todos). Reacción: estallará en urticaria, sarpullido, etc.

Marque **SÍ** o **NO** si tiene alguno de los siguientes:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Asma / Bronquitis	___	___	Problemas emocionales	___	___	Parálisis cerebral	___	___
Enfermedad del corazón	___	___	Lentes de contacto	___	___	Hepatitis	___	___
Trastorno convulsivo	___	___	Problemas de aprendizaje	___	___	Dolores de oído	___	___
Trastorno visual	___	___	Ciego	___	___	Erupciones	___	___
Miembro artificial	___	___	Anteojos	___	___	Dislexia	___	___
Dolor en las extremidades	___	___	Diarrea	___	___	Masticar /Tragar	___	___
Comportamiento	___	___	ADD / ADHD	___	___	Sin Audiencia	___	___
Otro: _____	___	___						

Si marcó **SÍ** arriba, explique:

Firma: _____

Fecha: _____



Médico Anual Físico

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Teléfono de fax: _____

Alergias a medicamentos / alimentos: _____

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Presión arterial: _____

Diagnóstico principal: _____

Limitaciones y / o restricciones: _____

Historial de hospitalizaciones, enfermedades graves y cirugías:

Dieta: _____

MEDICACIÓN ACTUAL	DOSIS	HORA	DIAGNÓSTICO
<i>Ex: metformin</i>	<i>500mg/tab</i>	<i>2 veces a dia</i>	<i>Diabetes</i>

***** ADJUNTE EL REGISTRO DE VACUNAS ACTUALIZADO QUE INCLUYA LA PRUEBA DE TB ANUAL ****

Firma del Médico: _____

Fecha: _____



Lista PRN

Los siguientes medicamentos “PRN” (según sea necesario) se ofrecerán en The Village Centers. Consulte con su médico si no todos son apropiados. Si se opone a alguno de estos medicamentos, haga una línea a través del medicamento, luego coloque la fecha y sus iniciales al lado. Firme en la parte inferior para reconocer esta lista y asegúrese de que el médico también firme. **Si necesita otro medicamento PRN, o una dosis diferente a la especificada, debe traer la orden de un médico** (consulte a la enfermera para obtener un formulario en blanco) y el medicamento que se le recetó para usar.

Medicamento	Utilizada para ...	Dosis	Llamadas a enfermera
Acetaminofén 500 mg	Fiebre / Dolor	1-2 pestañas cada 6 horas según sea necesario Solo para mayores de 12 años	Llama a casa para asegurarte de que no la hayas tomado. Llame a la enfermera si tiene fiebre.
Ibuprofeno 200 mg	Fiebre / Dolor	1-2 pestañas cada 6 horas según sea necesario Solo para mayores de 12 años	Llama a casa para asegurarte de que no la hayas tomado. Llame a la enfermera si tiene fiebre.
Difenhidramina HCL (Benadryl)	Estornudos, picazón, ojos llorosos, secreción nasal: <u>se necesita un pedido por separado para cualquier otro tipo de alergia</u>	2-4 cucharaditas (10-20 ml) para mayores de 12 años 1-2 cucharaditas (5-10 ml) para niños de 6 a 12 años	Llame a casa para asegurarse de que no lo haya tomado ya. Llame a la enfermera si la primera dosis no es efectiva.
Pastillas clorasépticas	Dolor de garganta/Tos	Disuelva 1 pastilla en la boca cada 2 horas según sea necesario	Llamar si no es efectiva
Bismuto rosado de concentración regular (Pepto Bismol)	Acidez, indigestión, náuseas, malestar estomacal, diarrea.	2 cucharadas (30 ml) cada 1 hora según sea necesario x 2 dosis Solo para mayores de 12 años	Llame antes de ayudar con la dosis. Si la diarrea continúa después de las 2, la persona debe irse a casa.
Peróxido	Cortes y raspaduras	Aplicar una pequeña cantidad sobre la herida con una bola de algodón.	Primeros auxilios básicos
Ungüento antibiótico triple	Cortes y raspaduras	Aplicar una pequeña cantidad para cortar / raspar	Primeros auxilios básicos
Ungüento A&D	Erupción cutánea	Aplicar una capa fina sobre la erupción cutánea.	Primeros auxilios básicos
Loción de protección solar 30+ SPF	Protección solar al aire libre	Mínimo de 30+ está disponible	No es necesario llamar antes de usar

Firma del medico: _____ Fecha: _____

Reconozco los medicamentos PRN anteriores que se ofrecen en The Village Centers. Entiendo que las pautas anteriores se seguirán en The Village y si necesito otros tratamientos o medicamentos, debo proporcionarle a la enfermera de The Village una orden de mi médico, así como el medicamento recetado en su envase original.

Firma individual: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____



RENUNCIA A LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Por la presente **doy permiso** / **no doy permiso** al personal de The Village Centers para supervisar la autoadministración de medicamentos por parte de mi aldeano _____ (nombre) de acuerdo con las instrucciones a continuación. Entiendo que el personal de The Village Centers puede o no estar certificado como enfermero registrado; sin embargo, doy mi consentimiento para que mi aldeano supervise la administración médica. Reconozco que The Village Centers no incurrirá en ninguna responsabilidad, excepto por conducta deliberada y sin sentido, que surja de la autoadministración de medicamentos o el uso de un autoinyector de epinefrina por parte de mi Aldeano. Además, renuncio a cualquier reclamo contra The Village Centers, sus miembros de la Junta Directiva, sus empleados y agentes que surjan de la autoadministración de dicho medicamento o el uso de un autoinyector de epinefrina. Acepto eximir de responsabilidad e indemnizar a The Village Centers, los miembros de la Junta Directiva, sus empleados y agentes, ya sea de forma conjunta o solidaria, de y contra toda responsabilidad, reclamación, demanda, daños o causas de acción o lesiones. costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que resulten o surjan de la autoadministración de medicamentos o el uso de dicho autoinyector de epinefrina. Con respecto a la autoadministración de medicamentos para el asma por parte del cliente o el uso de un autoinyector de epinefrina, esta exención e indemnización no se aplican a actos deliberados y sin sentido en la medida requerida por la ley.

Medicamentos para la autoadministración en los centros comunitarios:

1. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

2. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

3. Nombre de RX: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Razón de la medicación: _____

Solo para medicamentos para el asma o autoinyector de epinefrina.

Doy mi consentimiento para que los aldeanos posean y me autoadministren medicamentos para el asma sin supervisión:

SI NO

Doy mi consentimiento para que los aldeanos posean y utilicen sin supervisión su autoinyector de epinefrina:

SI NO

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del tutor: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Por la presente **autorizo** / **no autorizo** al personal y agentes de The Village Centers a transferir a mi Villager a cualquier hospital razonablemente accesible en caso de que ocurra una situación que considere necesaria esta acción. Doy permiso a quienes administran tratamiento de emergencia para que lo hagan utilizando las medidas que se consideren necesarias. Absuelvo a The Village Centers de responsabilidad al actuar en nombre de mi Aldeano a este respecto.

Entiendo que esta autorización se otorga para otorgar autoridad y poder por parte de los empleados o representantes de The Village Centers para dar consentimiento específico a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que, a juicio de un médico con licencia, se considere aconsejable.

Información del seguro

Seguro primario:

Compañía: _____ Teléfono del seguro: _____

de identificación: _____ # de grupo: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Seguro secundarioL

Compañía: _____ Teléfono del seguro: _____

de identificación: _____ # de grupo: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____



POR FAVOR HAGA UNA COPIA DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO (ANTERIOR Y REVERSO) Y PEGUE O PEGUE AQUÍ

PEGUE O PEGUE AQUÍ

PEGUE O PEGUE AQUÍ



INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

En el caso de la ausencia de un padre / tutor, el abajo firmante designó a la (s) siguiente (s) persona (s) para ser legalmente responsables en el caso de una emergencia médica o de otro tipo.

Esta persona debe tener permiso para aprobar el tratamiento médico para (nombre del aldeano) _____, estar presente en The Village Centers dentro de las dos horas posteriores a la notificación y asumir toda la responsabilidad médica de dicha persona. Esta persona también estará disponible para otras emergencias.

Nombre		Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Casa #	Celular #	Negocio #	

Acepto la responsabilidad de _____ como se describe arriba.

Nombre

Parte responsable (imprimir y firmar)	Fecha
Padre / tutor (imprimir y firmar)	Fecha



POLITICA DE MEDICAMENTOS

Se adjunta una orden de medicación de un médico para los aldeanos que requieren que un profesional médico autorizado administre los medicamentos mientras asisten a The Village Centers. Este formulario ***debe ser completado en su totalidad por un médico.*** Esta orden debe estar en su lugar antes de que podamos ayudar a dispensar cualquier medicamento a la persona para la que se recetó. No se pueden hacer ni se harán excepciones a esta política.

La orden de medicación del médico será ***válida por un año a partir de la fecha en que el médico la firme.*** Si hay algún cambio en la medicación o la dosis, se debe obtener una nueva orden antes de que ayudemos a dispensar el medicamento.

El personal de The Village Centers no puede ayudar a dispensar la primera dosis de un medicamento recién recetado. Esta política está en vigor a efectos de responsabilidad en caso de que se produzcan efectos o reacciones como resultado de tomar la primera dosis de un medicamento recién recetado. Si su aldeano está programado para comenzar a tomar nuevos medicamentos y / o una nueva dosis de un medicamento existente en el hogar, notifique al Departamento de Enfermería de The Village Centers antes del cambio. Dependiendo del medicamento, es posible que se requiera que el aldeano permanezca en casa durante las primeras 24 horas después de comenzar el nuevo medicamento o dosis para que los efectos secundarios puedan ser monitoreados en el entorno del hogar.

Todos los medicamentos deben estar en los envases / blísteres originales y deben coincidir con la orden de medicación física escrita. Para evitar que los medicamentos viajen de un lado a otro todos los días, se puede obtener en la farmacia un frasco / blíster de “dosis escolar” (pídale a su médico que lo indique específicamente cuando escriba la receta).

Si al aldeano se le receta algún medicamento que no se tome por vía oral, como una sonda G o medicamentos especiales (es decir, Diastat), comuníquese con el Departamento de enfermería de The Village Centers al 281-358-6172 para obtener un formulario de pedido de medicamentos alternativo para el médico correspondiente a estos tipos de medicación.

Los miembros del departamento de enfermería en combinación con el personal de The Village están comprometidos a garantizar el crecimiento personal y el enriquecimiento de la vida de las personas a las que servimos. Gracias por ayudarnos con este objetivo asegurándose de que la enfermera y el personal puedan dispensar todos los medicamentos necesarios de manera segura y adecuada. Por favor, firme a continuación que ha leído y comprendido esta información. Si tiene preguntas adicionales, llame a la enfermera al 281-358-6172.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha



POLÍTICA DE DESPIDO / SUSPENSIÓN

La política de The Village Centers es suspender o despedir temporalmente a un aldeano en las siguientes circunstancias:

Por orden directa de un médico.

Tras la repetida violación de las circunstancias indicadas en la Política de comportamiento en el Manual del programa.

Según lo considere necesario el Director Ejecutivo y / o el Gerente de Operaciones debido a problemas de seguridad.

Si se necesitan servicios y actividades más allá de los que se brindan normalmente.

Si el cliente se convierte en una amenaza para la salud y seguridad de sí mismo o de otros; incluyendo pero no limitado a:

- Vagar o huir
- Comportamiento constante de incumplimiento
- Lanzar objetos
- Morder, rascar, patear, pelear
- Negarse a tomar los medicamentos recetados
- Comportamiento sexual inapropiado
- Abuso verbal
- Destrucción de propiedad
- Agresión persistente (verbal y / o física)
- Según las condiciones descritas en la Política de comportamiento de The Village Centers
- Alta voluntaria solicitada por el cliente, la familia o el tutor legal

The Village se reserva el derecho de despedir a una persona en cualquier momento sin previo aviso por razones de seguridad. Los siguientes son solo ejemplos y las razones no se limitan a las enumeradas:

- Fuga
- Daño físico a sí mismo oa otros
- Agresión física
- Comportamiento amenazante, incluidas amenazas verbales

Firma del aldeano

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Si el aldeano es su propio tutor legal, pídale que complete la siguiente información a continuación.

Autorizo a The Village Centers, Inc. a divulgar cualquier información a las personas que se enumeran a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Esta autorización para la divulgación de información permanecerá en vigor hasta el momento en que ya no asista a The Village Centers o le informe a The Village Centers de un nuevo cuidador y firme un nuevo formulario.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre del aldeano: _____ Apellido del aldeano: _____

Firma del aldeano: _____

Nombre del cuidador: _____

Relación del aldeano: _____

Si el aldeano **NO es su propio tutor legal**, The Village Centers necesitará una copia actualizada de la documentación de tutela para colocar en su archivo. Esto deberá presentarse cada año en el momento del cumpleaños del aldeano. Envíe toda la documentación de tutela a la atención del Departamento de Admisiones. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Gerente de Admisiones al 281-358-6172.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

___ SÍ ___ NO Doy permiso a The Village Centers para que se comunique con mi proveedor de exención de Medicaid para obtener información sobre los beneficios en lo que respecta a los servicios prestados por The Village Centers.

___ SÍ ___ NO Doy mi consentimiento para recibir habilitación diurna y servicios sociales / recreativos proporcionados por The Village Centers, con la excepción de las siguientes actividades / servicios:

Firma del aldeano o tutor: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE EXENCIÓN DE MEDICAID

Proveedor actual:

Fecha de inicio de los servicios: _____ Fecha de finalización de los servicios: _____

Nombre del proveedor: _____

Administrador de casos: _____

Número de teléfono: _____

Otro (explique): _____

Ex proveedora:

Fecha de inicio de los servicios: _____ Fecha de finalización de los servicios: _____

Nombre del proveedor: _____

Administrador de casos: _____

Número de teléfono: _____

Otro (explique): _____

Ex proveedora:

Fecha de inicio de los servicios: _____ Fecha de finalización de los servicios: _____

Nombre del proveedor: _____

Administrador de casos: _____

Número de teléfono: _____

Otro (explique): _____



PROCESO DE QUEJAS

Nos esforzamos por brindar la mejor calidad de servicios. Si no está satisfecho con nuestros servicios, tiene derecho a presentar una queja. Las quejas se pueden informar oralmente o por escrito. Todas las quejas serán investigadas dentro de los 7 días posteriores a su recepción. Si no está satisfecho con los resultados, tiene derecho a presentar una apelación. Una apelación puede tardar hasta 30 días en resolverse para obtener documentos adicionales que respalden la investigación.

Si The Village Centers no puede resolver la queja o si no está satisfecho con los resultados, también puede presentar una queja ante el Gerente de Operaciones o el Director Ejecutivo de The Village Centers.

DERECHOS

1. Tiene los mismos derechos de todos los ciudadanos.
2. Tiene derecho a votar.
3. Tiene derecho a estar libre de abuso o negligencia.
4. Tiene derecho a tomar sus propias decisiones.
5. Tiene derecho a elegir sus propios servicios y proveedor.
6. Tiene derecho a cambiar de proveedor si no está satisfecho con sus servicios.
7. Tiene derecho a elegir sus propios objetivos.
8. Tiene derecho a rechazar los medicamentos.
9. Tiene derecho a solicitar sus registros.
10. Tiene derecho a cancelar los servicios en cualquier momento.

Si no está satisfecho con los servicios o cree que alguien ha violado sus derechos, debe comunicarse con el Gerente de Operaciones o el Director Ejecutivo al 281-358-6172. También puede llamar a Derechos del Consumidor al 1-800-252-8154 y / o Derechos y Servicios al Consumidor, Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitados de Texas al 1-800-458-9858

Firme a continuación para confirmar que ha leído y comprendido el proceso de quejas y los derechos del consumidor:

Firma del tutor o aldeano: _____

Nombre en letra de imprenta del tutor o aldeano: _____

Relación del tutor con el aldeano: _____ Fecha: _____

Nombre del aldeano: _____ MRN / LCN: _____



POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO PERSONAL DE ALMUERZO Y BOCADILLAS

Los aldeanos que asisten a The Village Centers tienen la opción de poner su almuerzo en un refrigerador cerrado con llave o en el estante designado en su salón de clases asignado. Si se toma la decisión de no colocar su almuerzo en el refrigerador cerrado con llave, The Village Centers no se hará responsable si el almuerzo se toma o falta. Se llamará a la familia del Aldeano cuya comida se toma para reemplazar la comida / refrigerio faltante.

He leído y entiendo esta política: _____

Fecha: _____



CÓDIGO DE VESTIMENTA

Se espera que el código de vestimenta esté de acuerdo con los estándares aceptados de la comunidad y el lugar de trabajo. Las siguientes declaraciones son pautas:

- Se deben usar zapatos en todo momento. Los zapatos deben estar cerrados y tener una suela plana. No se permiten tacones ni cuñas.
- Se desaconsejan las chanclas. Los aldeanos pueden usar pantalones cortos regulares, pero deben cumplir con los siguientes estándares:
 - Debe ser holgado; no se permiten pantalones cortos de ciclismo, pantalones cortos, calzoncillos tipo bóxer o una combinación de los mismos
 - Debe tener dobladillo o puños
 - La longitud debe ser más larga que la punta de los dedos
- Los vestidos o faldas deben ser más largos que la punta de los dedos.
- No se permiten blusas de tubo, blusas sin mangas y camisas de malla. Las camisetas sin mangas deben tener tirantes de al menos tres (3) dedos de ancho y deben tener un corte modesto.
- Se permitirán vestidos de sol si tienen un corte modesto.
- Las camisas deben superponerse a la cintura de las faldas, pantalones cortos o pantalones.
- Los artículos con imágenes o palabras provocativas, ofensivas, violentas o relacionadas con las drogas no están permitidos dentro del edificio.
- No se permiten pañuelos ni capuchas. Por lo general, no se permiten sombreros, gorras y gafas de sol dentro del edificio.
- No se permite ropa que se haya roto o tenga agujeros.
- No se permiten pantalones o pantalones cortos caídos
- No se permite parafernalia de pandillas.

A los aldeanos que no sigan este código de vestimenta se les pedirá que se cambien de ropa. Si The Village Centers no tiene ropa adecuada a la mano, se le puede pedir al padre / tutor / cuidador que traiga ropa extra o que recoja al aldeano temprano.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

Yo, _____ (nombre), soy el (padre / tutor) de
_____ (nombre).

Yo **autorizo** / **no autorizo** al personal o representantes de The Village Centers mi permiso para transportar
_____ (nombre) a The Village Centers autorizados
ocupaciones. Entiendo que el personal o los representantes de The Village Centers deben tener una cantidad
mínima de seguro de conductor para el transporte y este seguro se utilizará primero en caso de que surja una
situación. Entiendo que el Los centros comunitarios también cubren un seguro adicional de conductors /
accidentes que se utilizará adicionalmente en caso de una situación se considere necesario.

Nombre en letra de imprenta del padre / tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EXENCIÓN DE RENUNCIA DEL PROGRAMA DE FITNESS

Doy mi consentimiento para participar voluntariamente en los programas de ejercicio / acondicionamiento físico, clases de ejercicios y eventos de mejora de la salud y el estado físico, que incluyen, entre otros, cualquier uso de instalaciones, instalaciones o equipos (los "Programas") administrados por The Village Centers.

Entiendo los riesgos involucrados en mi participación en los Programas y acepto dejar de participar en ellos o en cualquier ejercicio específico si creo que dicha participación es demasiado extenuante o me pone en riesgo específico de lesión.

En ningún caso The Village Centers, sus funcionarios, empleados o agentes serán responsables de cualquier lesión personal, muerte o pérdida de propiedad o daños sufridos como resultado de mi participación en cualquiera / todas las actividades en relación con el programa de acondicionamiento físico de The Village Centers.

Por la presente también libero a todos los mencionados, y a cualquier otro que actúe en su nombre, de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o daño a mí mismo, incluidos los causados por el acto negligente u omisión de cualquiera de los mencionados, o de otros que actúen en su nombre. o de cualquier manera que surja o esté relacionada con mi participación en cualquier actividad o el uso de cualquier equipo proporcionado por The Village Centers.

A menos que se modifique por mutuo acuerdo, este instrumento seguirá siendo vinculante y estará en vigor mientras yo participe en el Programa.

Otorgo a The Village Centers, sus representantes y empleados el derecho a tomarme fotografías en relación con los Programas. Autorizo a The Village Centers, sus cesionarios y cesionarios a los derechos de autor, uso y publicación de los mismos en forma impresa y / o electrónica.

Acepto que The Village Centers puede usar tales fotografías mías con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, propósitos tales como publicidad, ilustración, publicidad y contenido web.

Firma del aldeano: _____

Nombre del aldeano en letra de imprenta: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____



LIBERACIÓN DE PROPIEDAD PERSONAL

Reconozco y acepto que The Village Centers y sus agentes, empleados, representantes, voluntarios y cesionarios no serán responsables de ninguna pérdida, rotura o robo de propiedad personal y yo, en mi propio nombre y en nombre de (Nombre del aldeano) _____, libera a las partes de The Village Centers de cualquier responsabilidad por la pérdida o robo de cualquier propiedad personal en relación con su participación en cualquier actividad de Village Centers. Al firmar este comunicado, entiendo que el equipo personal y la propiedad se traen bajo mi propio riesgo. También entiendo que si algo le sucede a mi propiedad, The Village Centers no se hace responsable.

Firma del aldeano: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Firma del representante de VLC: _____ Fecha: _____



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA EL DIRECTORIO DE PADRES

The Village Centers está preparando un directorio que permitirá a las familias de Village mantenerse conectadas. Complete la información si desea ser incluido en el directorio y firme en la parte inferior.

No compartimos su información personal y / o nuestro directorio con ninguna otra organización o con personas no afiliadas a The Village Centers.

Nombre del pueblo: _____

Salón de clase del aldeano: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono de casa #: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono de casa #: _____

Concedo a The Village Centers el derecho de imprimir la información anterior en el directorio de padres.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍA / VIDEO

Yo, _____, por la presente autorizo y otorgo el derecho y permiso absolutos a The Village Centers, Inc. para usar, almacenar, derechos de autor, copiar y publicar fotografías, imágenes, videos o películas de mí y / o de mi hijo, incluyendo imágenes compuestas de las cuales mi hijo o yo podemos estar incluidos, en su totalidad o en parte, incluido el uso de mi nombre y / o el nombre de mi hijo, para ser utilizados en cualquier formato, como publicaciones y materiales electrónicos o impresos (que pueden producirse por un estudio), para arte, publicidad, marketing, editorial, materiales comerciales o para cualquier otro propósito legal. Todo derecho, título e interés en y para las imágenes fotográficas de mí o de mi hijo, cualquier imagen, video o película de mí y / o mi hijo será propiedad exclusiva de The Village Centers, Inc., libre de cualquier reclamaciones de mi parte o de cualquier otra persona. Por la presente, renuncio a cualquier derecho que pueda tener para inspeccionar y / o aprobar el producto terminado o la copia publicitaria que pueda usarse en relación con mi imagen o la imagen de mi hijo. Por la presente renuncio a cualquier derecho que pueda tener a una compensación de The Village Centers, Inc. por el uso de retratos o imágenes fotográficas, videos o películas de mí o de mi hijo, o el uso de mi nombre o el nombre de mi hijo; y por la presente renuncio a todos y cada uno de los reclamos que surjan de los derechos a la privacidad para mí o mi hijo en relación con el uso de mis fotografías, imágenes, videos o películas de mí o de mi nombre o las fotografías, imágenes, videos o películas de mi hijo. fotografías o el nombre de The Village Centers, Inc.

Entiendo que las fotografías serán propiedad de The Village Centers, Inc. y serán acreditadas a The Village Centers, Inc. para todos los propósitos periodísticos.

Nombre Relación con el cliente (si corresponde)

Nombre del cliente Fecha de nacimiento del cliente

Dirección Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico Número de teléfono

Firma del sujeto de la foto o del padre / tutor Fecha



DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

(a) Un individuo tiene todos los derechos, beneficios, responsabilidades y privilegios otorgados por la constitución y las leyes de este estado y de los Estados Unidos, excepto donde esté legalmente restringido. El individuo tiene derecho a no sufrir injerencias, coacciones, discriminación y represalias en el ejercicio de estos derechos civiles.

(b) Una persona tiene derecho a ser tratada con dignidad y respeto por la integridad personal de la persona, sin distinción de raza, religión, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, estado civil o fuente de pago. Esto significa que el individuo:

1. Tiene derecho a tomar las propias decisiones de la persona con respecto a los asuntos personales, la atención, los beneficios y los servicios de la persona;
2. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación; y
3. Si se requieren medidas de protección, tiene derecho a designar a un tutor o representante para garantizar el derecho a una administración de calidad de los asuntos de la persona.

(c) Una persona tiene derecho a estar libre de abuso físico y mental, incluido el castigo corporal o las restricciones físicas o químicas que se administran con el propósito de disciplinar o conveniencia y no se requieren para tratar los síntomas médicos de la persona. Una persona que brinda servicios puede usar restricciones físicas o químicas solo si el uso está autorizado por escrito por un médico o si el uso es necesario en una emergencia para proteger a la persona o a otras personas de lesiones. La autorización por escrito de un médico para el uso de restricciones debe especificar las circunstancias bajo las cuales se pueden usar las restricciones y la duración durante la cual se pueden usar las restricciones. Excepto en una emergencia, las sujeciones solo pueden ser administradas por personal médico calificado.

(d) Una persona con una discapacidad intelectual que tiene un tutor designado por el tribunal puede participar en un programa de modificación de conducta que implique el uso de restricciones o estímulos adversos solo con el consentimiento informado del tutor.

(e) No se puede prohibir que una persona se comunique en su idioma nativo con otras personas o empleados con el fin de adquirir o proporcionar cualquier tipo de tratamiento, atención o servicios.

(f) Una persona puede quejarse sobre la atención o el tratamiento de la persona. La queja puede hacerse de forma anónima o comunicada por una persona designada por el individuo. La persona que presta el servicio deberá responder de inmediato para resolver la queja. La persona que brinda los servicios no puede discriminar ni tomar medidas punitivas contra una persona que presente una queja.

(g) Una persona tiene derecho a la privacidad mientras atiende sus necesidades personales y un lugar privado para recibir visitas o asociarse con otras personas, a menos que proporcionar privacidad infrinja los derechos de otras personas. Este derecho se aplica al tratamiento médico, las comunicaciones escritas, las conversaciones telefónicas, las reuniones con la familia y el acceso a los consejos de residentes. Una persona puede enviar y recibir correo sin abrir, y la persona que brinda los servicios se asegurará de que el correo de la persona se envíe y entregue con prontitud. Si una persona está casada y el cónyuge recibe servicios similares, la pareja puede compartir una habitación.

(h) Un individuo puede participar en actividades de grupos sociales, religiosos o comunitarios a menos que la participación interfiera con los derechos de otras personas.



DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES CONT'D

- (i) Una persona puede administrar los asuntos financieros personales de la persona. El individuo puede autorizar, por escrito, a otra persona para administrar los asuntos financieros del individuo. El individuo puede elegir la forma de administración financiera, que puede incluir administración a través o bajo un programa de administración de dinero, un programa de representante de beneficiario, un poder notarial financiero, un fideicomiso o un método similar, y el individuo puede elegir el menos restrictivo de estos métodos. Una persona designada para administrar los asuntos financieros de un individuo lo hará de acuerdo con cada política, ley o regla del programa aplicable. A solicitud de la persona o del representante de la persona, la persona designada para administrar los asuntos financieros de la persona no afecta la capacidad de la persona para ejercer otro derecho descrito en este capítulo. Si una persona no puede designar a otra persona para que administre los asuntos financieros de la persona y el tribunal designe un tutor, el tutor gestionará los asuntos financieros de la persona de acuerdo con el Código de sucesiones y otras leyes aplicables.
- (j) Una persona tiene derecho a acceder a los registros personales y clínicos de la persona. Estos registros son confidenciales y no se pueden divulgar sin el consentimiento de la persona, excepto que los registros se pueden divulgar.
1. A otra persona que presta servicios en el momento en que se transfiere a la persona;
 2. Si la liberación es requerida por otra ley.
- (k) Una persona que preste servicios deberá informar completamente a una persona, en un lenguaje que la persona pueda entender, de la condición médica total de la persona y notificará a la persona siempre que haya un cambio significativo en la condición médica de la persona.
- (l) Una persona puede elegir y contratar a un médico personal y tiene derecho a estar completamente informado con anticipación sobre el tratamiento o la atención que pueda afectar el bienestar de la persona.
- (m) Una persona puede participar en un plan de atención individual que describe las necesidades médicas, de enfermería y psicológicas de la persona y cómo se satisfarán.
- (n) Un individuo puede rechazar el tratamiento médico después de que el individuo
1. Es informado por la persona que presta los servicios de las posibles consecuencias de rechazar el tratamiento: y
 2. Reconoce que la persona comprende claramente las consecuencias de rechazar el tratamiento.
- (o) Una persona puede retener y usar sus pertenencias personales, incluida la ropa y el mobiliario, según lo permita el espacio. La cantidad de posesiones personales puede estar limitada por la salud y seguridad de otras personas.
- (p) Una persona puede negarse a prestar servicios a la persona que los presta.
- (q) A más tardar 30 días después de la fecha en que la persona es admitida para el servicio, una persona que preste servicios deberá informar a la persona
1. Si la persona tiene derecho a los beneficios de Medicare o Medicaid; y
 2. Qué artículos y servicios están cubiertos por estos beneficios, incluidos los artículos o servicios por los cuales no se le puede cobrar a la persona.



DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES CONT'D

(r) Una persona que brinda servicios no puede transferir ni despedir a una persona a menos que:

1. La transferencia es para el bienestar de la persona y la persona que presta los servicios no puede satisfacer las necesidades de la persona;
2. La salud del individuo mejora lo suficiente como para que los servicios ya no sean necesarios;
3. La salud y seguridad del individuo o la salud y seguridad de otro individuo estarían en peligro si no se realiza la transferencia o el alta;
4. La persona que brinda los servicios deja de operar o de participar en el programa que reembolsa a la persona que brinda los servicios por el tratamiento o la atención de la persona; o
5. El individuo no paga, después de avisos razonables y apropiados, los servicios.

(s) Excepto en una emergencia, una persona que brinda servicios no puede transferir o dar de alta a una persona de una instalación residencial hasta el día 30 después de la fecha en que la persona que brinda los servicios notifique por escrito a la persona, al representante legal de la persona o a un miembro de declaración de la familia del individuo;

1. Que la persona que presta los servicios tiene la intención de trasladar o despedir al individuo;
2. El motivo de la transferencia o despido enumerado en la Subsección (r);
3. La fecha de vigencia de la transferencia o el alta;
4. Si se va a transferir a la persona, la ubicación a la que se transferirá a la persona; y
5. El derecho del individuo a apelar la acción y la persona a quien debe dirigirse la apelación.

(t) Un individuo puede:

1. Hacer un testamento en vida mediante la ejecución de una directiva bajo el Subcapítulo B, Capítulo 166, Código de Salud y Seguridad;
2. Ejecutar un poder notarial médico bajo el Subcapítulo D, Capítulo 166, Código de Salud y Seguridad; o
3. Designar un tutor antes de que sea necesario para tomar decisiones con respecto a la atención médica de la persona en caso de que la persona quede incapacitada.

Al firmar a continuación, entiendo estos derechos tal como están escritos.

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma del personal

Fecha

Firma del testigo

Fecha



FORMULARIO APROBADO DE RECOGIDA / LIBERACIÓN

Yo, _____ acepto que las siguientes personas pueden recoger a mi hijo / ser querido _____ de los Village Centers en mi ausencia. También entiendo que Se le puede pedir a cualquier persona en la lista de recogida aprobada que presente una identificación válida para poder recoger a mi hijo.

NOMBRE	RELACIÓN

Entiendo que a menos que sea la (s) persona (s) mencionada anteriormente, o yo mismo, mi hijo no será liberado del cuidado de los aldeanos. Necesitaremos ser notificados con anticipación si alguien que no esté en la lista anterior recogerá a su aldeano.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Firma del representante de la aldea

Fecha



FORMULARIO DE PERMISO DE CORREO ELECTRÓNICO Y INTERENTES

Nos complace ofrecer acceso a nuestra red de laboratorio de computación para acceder a Internet. Para obtener acceso a Internet, todos los clientes deben obtener el permiso de los padres y devolver este formulario. El acceso a Internet permitirá a los aldeanos explorar diversos temas, bibliotecas, bases de datos y tableros de anuncios mientras intercambian mensajes con los usuarios de Internet en nuestra comunidad local.

Se debe advertir a las familias que algunos materiales accesibles a través de Internet pueden contener elementos que son ilegales, difamatorios, inexactos o potencialmente ofensivos para algunas personas. Si bien nuestra intención es hacer que el acceso a Internet esté disponible para futuras metas y objetivos educativos, los aldeanos también pueden encontrar formas de acceder a otros materiales.

Creemos que los beneficios para los aldeanos del acceso a Internet, en forma de recursos de información y oportunidades de colaboración, superan cualquier desventaja; pero en última instancia, los padres y tutores son responsables de establecer y transmitir los estándares que su individuo debe seguir al utilizar los medios de comunicación y las fuentes de información. Con ese fin, The Village apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si permite o no su acceso individual.

Reglas de Internet de The Village Computer Lab:

Los usuarios son responsables del buen comportamiento en las redes informáticas. Las comunicaciones en la red suelen ser de naturaleza pública. La red se proporciona para realizar investigaciones y comunicarse con otros. El acceso a los servicios de red se otorga a los usuarios que aceptan actuar de manera considerada y responsable. Se requiere permiso de los padres. El acceso es un privilegio, no un derecho. El acceso conlleva responsabilidad. Los usuarios individuales de las redes informáticas son responsables de su comportamiento y comunicaciones a través de esas redes.

No se permiten los siguientes:

- Enviar o mostrar mensajes o imágenes ofensivas
- Usar lenguaje obsceno
- Dañar computadoras, sistemas informáticos o redes informáticas
- Violar las leyes de derechos de autor
- Usando la contraseña de otra persona
- Entrar ilegalmente en las carpetas, el trabajo o los archivos de otra persona
- Malgastar intencionalmente recursos limitados
- Emplear la red con fines comerciales

Las infracciones pueden resultar en la pérdida de acceso.

Acuerdo de usuario y formulario de permiso de los padres:

Como usuario de la red de The Village Computer Lab, por la presente acepto cumplir con las reglas establecidas anteriormente: comunicarme a través de la red de manera confiable respetando todas las leyes y restricciones pertinentes.

Firma del aldeano: _____

Como padre o tutor legal de la persona que firma lo anterior, le otorgo permiso para acceder a servicios informáticos en red, como correo electrónico e Internet. Entiendo que algunos materiales en Internet pueden ser objetables, pero acepto la responsabilidad de guiar el uso de Internet: establecer y transmitir estándares que mi Aldeano debe seguir al seleccionar, compartir o explorar información y medios en línea.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del aldeano: _____

Fecha: _____



CIERRES INESPERADOS DEL PROGRAMA DE DÍA

Durante el clima frío, inundaciones, huracanes y / u otras inclemencias del tiempo o eventos relacionados con desastres, Village seguirá a Humble ISD con respecto al cierre de edificios. En caso de que el distrito no esté en sesión, las familias pueden consultar las redes sociales de Village para obtener actualizaciones o puede ser alertado por Remind y / o el correo electrónico del grupo de padres de Village.

Para unirse a Remind por mensaje de texto:

Número de teléfono: **81010**

En el texto:

VLAC: **aff32**

Transporte - **@ bf79kk**

Para unirse al correo electrónico del grupo de padres de Village:

Correo electrónico: info@villagelac.org

En persona: **Recepción**

Los Village Centers utilizan Remind y VPG Email para enviar notificaciones meteorológicas, cierres, recordatorios de días festivos, excursiones y eventos que suceden en Village. Puede configurar enviando un mensaje de texto arriba o pasar por la recepción y estaremos encantados de ayudarle.



LISTA DE VERIFICACIÓN RECIBIDA PARA LA ADMISIÓN:

- Documentos de tutela actuales, obtenidos anualmente de la corte
- Copia de la identificación con foto más actual (si ha sido renovada el año pasado)
- Información del cliente
- Físico actual
- Prueba de TB
- Información del padre / cuidador / tutor
- Información médica
- Lista PRN, firmada por su medico
- Divulgación de información médica
- Exención de autoadministración de medicamentos
- Autorización para tratamiento médico de emergencia
- Copia de las tarjetas de seguro vigentes, privadas, si corresponde, y de Medicaid
- Lista de recogida aprobada
- Formulario de consentimiento medico
- Información de contacto de emergencia
- Política de medicamentos
- Orden de medicación del medico
- Política de despido / suspension
- Cierre inesperado
- Consentimiento para divulgar información
- Consentimiento para recibir servicios
- Información del proveedor de exención de Medicaid
- Proceso de quejas / Derechos de MR
- Política de almacenamiento de refrigerios y almuerzos personales
- Código de vestimenta
- Autorización para transporte
- Autorización para publicación de fotos / redes sociales
- Programa de acondicionamiento físico y exención de consentimiento informado
- Liberación de propiedad personal
- Divulgación de información personal para el directorio de padres