

DOCUMENTOS PARA EL INGRESO

- 1.- Cumplimentar los impresos de admisión.
- 2.- Leer con atención las normas y firmarlas.
- 3.- Adjuntar la hoja de derivación del *Órgan Técnico de Drogodependències*.
- 4.- Enviarnos informe socio-económico, para poder determinar el pago correspondiente.
- 5.- Datos bancarios para domiciliar los cargos mensuales a partir del mes siguiente al ingreso.
- 6.- Una vez tenga toda la documentación, envíela por cualquier de los siguientes medios:

- Por e-mail: egueiro@egueiro.org
- Por correo: Apartado de correos, 258.
43800 - VALLS (TARRAGONA).
- Por Fax: 977 600 179 (anotar un teléfono de contacto).

7.- PAGO:

- Matrícula..... € 250,00
- Cuotas de mantenimiento mensual:

A los usuarios derivados por los CAS de la XAD, se les hará un estudio socio-económico, para calcular la parte de aportación familiar de la cuota de mantenimiento.

8.- EN EL MOMENTO DEL INGRESO DEBEN TRAER:

- D.N.I. y fotocopia.
- Tarjeta Sanitaria y fotocopia.
- Dos fotografías.
- Ropa de deporte: chándal, vaqueros, zapatillas, botas de montaña, etc.
- Aseo personal: maquinillas de afeitar, gel, champú, etc.
- Toalla de baño y albornoz.
- Zapatillas de baño.
- 2 juegos de sábanas de 90cm.
- El comprobante del ingreso bancario de la cuota mensual correspondiente.
- Dinero en efectivo para las compras personales y para el fondo de reinserción.
- Receta electrónica de la pauta de medicación y el informe de alta.



CLÁUSULA PARA EL INGRESO

VALLS, _____

ASOCIACIÓN EGUEIRO es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado**, y le informa que estos serán tratados en conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), y por tanto se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: tratamiento médico-sanitario y sociales a los usuarios de nuestros servicios. Los datos podrán ser utilizados para actividades de información, recordatorios, revisiones, planificación y la adecuada prestación de los servicios contratados.

Legitimación del Tratamiento: El tratamiento de los datos personales del interesado está basado en su consentimiento o en la relación contractual establecida entre las partes para la prestación de servicios médicos/asistenciales. En determinadas circunstancias de urgencia será necesario para proteger los intereses vitales del interesado.

ASOCIACIÓN EGUEIRO informa que utiliza habitualmente medios electrónicos (SMS/WhatsApp para dispositivos móviles) como cauce de comunicación con los interesados o sus representantes legales para el envío de recordatorios para sus visitas, revisiones o la realización de consultas. Así mismo, se informa que el uso de WhatsApp implica una transferencia internacional de datos a un país que no ofrece las garantías adecuadas, por lo cual la autorización del envío implica esta transferencia.

- AUTORIZO el envío de comunicaciones a través de medios electrónicos SMS
- NO AUTORIZO el envío de comunicaciones a través de medios electrónicos SMS
- AUTORIZO el envío de comunicaciones a través de medios electrónicos WhatsApp
- NO AUTORIZO el envío de comunicaciones a través de medios electrónicos WhatsApp

Criterios de conservación de los datos: sus datos personales serán conservados mientras dure la relación establecida y una vez finalizada esta, se conservarán debidamente bloqueadas en base a los plazos legales de conservación estipulados en la normativa sanitaria. Posteriormente, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: sus datos personales no serán cedidos a terceros, excepto en los supuestos de obligación legal, interés vital, prestación del servicio o previo consentimiento del interesado. En determinados casos facilitaremos los datos del interesado a profesionales externos para tratamientos específicos, que son necesarios para la asistencia médica y el buen desarrollo de los tratamientos solicitados. Finalmente, podrán ser facilitados a los prestamistas vinculados al Responsable que actúan como Encargados del Tratamiento.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

El interesado está obligado a facilitar los datos personales necesarios para poder realizar la prestación de servicios profesionales y de salud, en caso de que no los facilite, no se le podrán efectuar los servicios solicitados.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

ASOCIACIÓN EGUEIRO. Ctra. de Montblanc, Km. 1, Masía Piteu - 43800 Valls (Tarragona). Email: egueiro@egueiro.org

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito, voluntario, libre, inequívoco específico e informado, o el de su representante legal, con objeto de que puedan ser utilizadas sus datos personales en el propio interés del interesado en certificados y/o informes relativos al tratamiento que realizo.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre y Apellidos _____, con NIF _____

Representando legal _____, con NIF _____

Firma:



FICHA DE ADMISIÓN

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I. _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ E.CIVIL: _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL: _____ CIP: _____

DOMICILIO: _____

POBLACIÓN: _____

TELÉFONOS: _____

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: _____

PERSONA RESPONSABLE: _____

ESTUDIOS: _____ PROFESIÓN ACTUAL: _____

PROBLEMAS JUDICIALES: _____

MEDIDA PENAL ALTERNATIVA: _____

INGRESOS ECONÓMICOS _____ Nº PERSONAS UNIDAD FAMILIAR: _____

DATOS TOXICOLÓGICOS

DROGA PRINCIPAL DE CONSUMO: _____

AÑOS DE CONSUMO: _____

CONSUMO ACTUAL: _____

INTENTOS DE TRATAMIENTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

NOMBRE Y TELÉFONO DEL TERAPEUTA: _____

OBSERVACIONES: _____

NOTA: ADJUNTAR INFORME PSICO-SOCIAL DE SU TERAPEUTA.



INFORME MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS _____ FECHA _____

ANTECEDENTES PERSONALS _____

DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO _____

ALERGIAS _____

PATOLOGÍA ORGÁNICA DESTACADA _____

PPD _____ mm. Fecha: _____

Adjuntar analítica general y radiografía de tórax o cultivo de esputo en caso de PPD positivo.

PAUTA DE MEDICACIÓN ACTUAL: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y Nº DE COLEGIADO



Normativa básica para el ingreso y permanencia en el programa terapéutico:

1. El régimen es de internado, estando prohibido abandonar los límites del centro sin permiso del responsable del centro.
2. La estancia es voluntaria. En caso de querer el alta voluntaria, se comunicará al responsable del centro por escrito.
3. Antes del inicio del programa, al llegar al centro por primera vez, se efectuará una revisión de las pertenencias del paciente, a fin de asegurarse de la no entrada de cualquier tipo de sustancias no permitidas o peligrosas.
4. No está permitido tener dinero, oro, objetos de valor, tarjetas de crédito o libretas de banco, móviles, ... Así pues, la familia o acompañantes del paciente deberán llevarse cualquiera de estas cosas mencionadas.
5. Los responsables retirarán objetos puntiagudos, colonias, aerosoles, etc. y todo aquello que se considere necesario por razones de seguridad. No está permitido tener aparatos de música en algunas fases de los Programas.
6. La Asociación Egueiro no se hace responsable de cualquier pérdida, sustracción, o mal uso que se haga si se quedan en el centro.
7. La entidad se hace responsable de los documentos y objetos que se queden en el centro y que consten en el Documento de Custodia.
1. Se abrirá una cuenta de dinero personal a cada centro, por la realización de las compras personales (tabaco, ...)
2. Los gastos derivados de la atención médica que no se hace cargo la Seguridad Social serán a cargo del paciente.
8. El usuario y su familia son los responsables de la cobertura de los desplazamientos por problemas de salud, sociales, judiciales, ... previos al ingreso, así como el acompañamiento en caso de ingreso hospitalario.
9. Las visitas al centro se realizan una vez al mes, entendiéndose como tal las visitas estrictamente familiares. Previamente se solicitará autorización para la visita a Dirección y se hará una entrevista con las personas que demanden la visita. Esta entrevista es obligatoria, y de ella saldrá el listado de personas autorizadas a las visitas. De todos modos, si en el transcurso de la visita hay dudas de la conveniencia de la misma, esta se puede suspender por el personal del centro. En cada visita se firmará el impreso de la aceptación de la normativa en referencia a las vistas a los usuarios.
10. Cuotas:
 - La cuota de admisión es única (250 €) y se pagará por transferencia bancaria en el momento de concretar el día de admisión.
 - Antes de ingresar en el centro se pagará, también por transferencia bancaria, el mes en curso.
 - Los abonos mensuales se realizarán mediante un recibo bancario a mes adelantado, así pues, nos facilitarán por anticipado los datos para la domiciliación bancaria.
 - El día de la admisión se dejará un Fondo de reinserción para asegurar el retorno del paciente a su lugar de origen.
 - En caso de alta voluntaria, huida o expulsión antes de finalizar el mes, no se reintegrará cantidad alguna de las cuotas mensuales abonadas.**
11. En caso de que el paciente manifieste su voluntad de abandonar el tratamiento, se comunicará telefónicamente con la familia, para dar a conocer la voluntad del usuario, y poder hablar con él para confrontar si es necesario. La entidad se compromete a acompañar al paciente a la estación de transporte público más cercana, dándole únicamente el dinero del Fondo de reinserción. El resto de dinero del paciente se devolverán a la persona de referencia en los días sucesivos, una vez cerrado el expediente económico.
12. En ningún caso la imposibilidad de comunicarse telefónicamente con la familia representa por la Asociación Egueiro, asumir responsabilidad en la marcha del paciente o en sus consecuencias.
13. Se exime a la Asociación Egueiro de cualquier responsabilidad por la marcha del paciente y / o por sus consecuencias.
14. Es motivo de expulsión:
 - Las relaciones sexuales dentro de los centros.
 - Las agresiones físicas y / o la violencia en verso altas usuarios, miembros del equipo y / o de las instalaciones.
 - La posesión y / o consumo de drogas o alcohol y la negativa a hacerse análisis de drogas.
 - Pedir o aceptar dinero de las visitas.
 - La negativa a participar activamente de las actividades, servicios, indicaciones del equipo, etc.
 - El incumplimiento muy grave de cualquier normativa que afecte a la convivencia y / o el tratamiento.
 - El no pagar las cuotas establecidas.
15. Todos los Programas terapéuticos tienen una parte de talleres de actividades. La asistencia a los talleres o bien la ocupación diaria es obligatoria, sin que se remunere por los trabajos realizados ya que estos forman parte del aprendizaje de la misma actividad y de la terapia ocupacional.
16. Mediante la firma de este documento se exime a la Asociación Egueiro, de cualquier accidente que pueda ocurrir durante el tiempo de programación funcional, así como de cualquier consecuencia que se derive de una manera directa o indirecta por el incumplimiento de cualquier normativa.

ACEPTO
Nombre, Apellidos y D.N.I.

FECHA

ACEPTO el RESPONSABLE
Nombre, Apellidos y D.N.I.

