

**C-9(S) – DERECHOS PERSONALES - FACILIDADES DE RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO**

En conformidad con el Título 9, Capítulo 5, Sección 10569, del Código de Regulaciones de California, cada persona que recibe servicios en una facilidad residencial de recuperación o tratamiento para el alcoholismo o abuso de drogas tendrá derechos, los cuales incluyen, pero no son limitados a, los siguientes:

- ❖ De ser otorgado confidencialidad de acuerdo con Título 42, Secciones 2.1 a 2.67-1, Código de Regulaciones Federales.
  - ❖ De ser otorgado dignidad en sus relaciones con el personal y con otras personas;
  - ❖ De ser otorgado hospedaje que es sano y cómodo de acuerdo con sus necesidades;
- ❖ De quedar libre de abuso intelectual, emocional y/o físico;
- ❖ De ser informado por el director de la facilidad de las estipulaciones de la ley con respeto a quejas, incluyendo, pero no limitado al domicilio y número telefónico del Department of Alcohol and Drug Programs.
- ❖ De ser libre a asistir a servicios religiosos o actividades de su preferencia y de recibir visitas de un consejero espiritual de su preferencia con la provisión que estos servicios o actividades no entren en conflicto con los requisitos del programa de la facilidad. La asistencia a servicios religiosos, sean dentro o fuera de la facilidad, sera completamente por su propia voluntad.

**QUEJAS**

En conformidad con el Título 9, Capítulo 5, Sección 10543(a), del Código de Regulaciones de California, cualquier individuo puede solicitar una inspección de una facilidad de recuperación o tratamiento para el alcoholismo o abuso de drogas. Favor de dirigir sus quejas a:

**Department of Health Care Services  
Licensing and Certification Branch, MS 2600  
PO Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413  
Attention: Complaint Coordinator**

**Numero Telefonico: (916) 324-4505  
FAX: (916) 322-2658  
TDD: (916) 445-1942**

**Reconocimiento**

He sido notificado y he recibido una copia de mis derechos personales y he sido informado de las estipulaciones para registrar quejas al ser admitido a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Facilidat)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Residente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)