



PLAN DE SERVICIO VOLUNTARIO

Madre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del Hogar: _____
Bebé _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección de Correo: _____
Masculino o Femenino _____ Teléfono #: _____
Sin Hogar [] Si [] No Administrador de CAP-SLO del Caso: _____

Yo, _____, entiendo que he sido identificada de consumir _____ durante mi embarazo, como se me ha informado. Se me explicó y entiendo que cualquier uso de drogas o alcohol, incluyendo el uso durante lactación o conduciendo un automóvil, podría causar daño físico a mi bebé y a mí misma.

Mi meta es dejar mi uso de drogas y/ o alcohol para el beneficio de mi bebé y yo misma. Yo acepto voluntariamente a cooperar con el plan recomendado abajo:

- 1. Registrarme en una clínica ambulatoria de Servicios de Drogas y Alcohol para obtener una evaluación de alcohol y drogas dentro de 2 semanas a partir de hoy, y cooperar con todos los tratamientos, servicios y recomendaciones.

San Luis Obispo
2180 Johnson Ave
805-781-4304
Lunes de 9-11:30 o 2:30-5:30

Atascadero
3556 El Camino Real
805-461-6158
Martes de 9-11:30 o 2:30-5:30

Grover Beach
1523 Longbranch Ave.
805-473-7185
Lunes de 9-11:30 o 2:30-5:30

- 2. A cooperar con tratamientos, recomendaciones de servicios y evaluaciones en curso por la Enfermera de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo, 2191 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 805-781-5500.
3. Hacer y mantener todas las citas médicas recomendadas para mi bebé, y seguir recomendaciones del pediatra de mi bebé.

Doctor: _____ Teléfono #: _____

- 4. Otro: _____

He leído y entiendo este contrato y yo autorizo al personal de (nombre del hospital) _____ que proporcione a los departamentos de Servicios de Bienestar a los Niños, Servicios para Drogas y Alcohol, Salud Pública, y el pediatra mencionado arriba, a compartir mis archivos médicos y documentos médicos de mi bebe, que puedan incluir mi carta prenatal, resultados laboratorios y otros resultados y pruebas pertinentes, o lo que sea necesario para que las agencias mencionadas arriba puedan asistirnos mejor. Yo entiendo que una copia de este contrato y el Plan de Servicio Voluntario Evaluación de Necesidades, será enviado a, o mantenido con, estas agencias mencionadas. Si no cumplo con lo que yo acordé, esas agencias enviarán un reporte al Departamento de Servicios de Bienestar a los Niños acerca de mi falta de cumplimiento.

Madre _____ Fecha _____ Testigo _____

Send this form, along with a copy of the VSP Needs Assessment to:
Drug and Alcohol Services: Fax: 805-461-6114
Public Health: Fax: 805-781-1372
Child Welfare Services: Fax: 805-781-1803
Pediatrician