**CONDADO DE SAN LUIS OBISPO**
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES**

# PLAN DE SERVICIO VOLUNTARIO

Madre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del Hogar: _____

Bebé _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección de Correo: _____

Masculino o Femenino Choose One: 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 | Atascadero | Grover Beach |
|---|---|---|
| 2180 Johnson Ave | 3556 El Camino Real | 1523 Longbranch Ave. |
| 805-781-4304 | 805-461-6158 | 805-473-7185 |
| Lunes de 9-11:30 o 2:30-5:30 | Martes de 9-11:30 o 2:30-5:30 | 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 | |