

**TRIBUNAL DE CIRCUITO DE MONROE COUNTY/ SERVICIOS DE LIBERTAD CONDICIONAL
SERVICIOS DE ALCOHOL Y DROGAS / TRIBUNAL DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
FORMAS DE ORIENTACIÓN**

Ha sido dirigida por el Tribunal de Justicia que informe al Departamento de Libertad Condicional del Condado de Monroe. Una evaluación de abuso de sustancias se llevará a cabo por un administrador de casos Oficial/ Libertad Condicional. La cuota de participación en el Programa de Alcohol y Drogas Corte es de \$300 para condenas por delitos menores, \$400 por delito grave. El pago se espera en el momento de servicio a menos que otros arreglos financieros se hacen con su administrador de casos asignados Oficial / Libertad Condicional. La evaluación de abuso de sustancias se llevará a cabo por un administrador de casos Oficial / libertad condicional que tiene entrenamiento especial en el campo del abuso de sustancias. Toda la información obtenida es confidencial en el sistema judicial y de otra manera no divulgada sin su consentimiento por escrito. Tras esta entrevista, un informe será preparado para incluir recomendaciones para la educación del abuso de sustancias y / o el tratamiento si está indicado.

Departamento de Libertad Condicional horas: 8:00 A.M. – 5:00 P.M. Lunes – Jueves 8:00 A.M. – 4:00 P.M. Viernes

EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA

1. Después de completar los formularios adjuntos, un administrador de casos / agente de libertad condicional revisará estas formas con usted en una entrevista privada.
2. El Administrador de Casos/agente de libertad condicional le hará preguntas para recabar información sobre su familia, la historia social, la educación, el empleo, la historia clínica, el uso de alcohol o drogas, así como otras áreas importantes.
3. Al término de esta entrevista, el agente de libertad condicional le explicará las posibles recomendaciones incluidas la educación del abuso de sustancias y / o tratamiento.

ADMISIÓN A LA CORTE DE ALCOHOL Y DROGAS PROGRAMA

Su admisión en el programa se decide exclusivamente por el Juez del Tribunal en cuestión. Si el juez determina que usted es un candidato apropiado para la admisión a este programa, el Juez puede ordenar que usted participe en cualquier combinación de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| 1. Clases de Educación de alcohol/drogas | 5. Programa intensivo para pacientes ambulatorios |
| 2. Abuso de Sustancias Educación con más seguimiento camino | 6. De hospitalización o tratamiento residencial y/o la colocación de la casa a mitad de camino |
| 3. Grupos de apoyo (AA, NA, ACOA, Al-Anon) | 7. Administración de caso |
| 4. Consejería para pacientes ambulatorios | 8. Pruebas de alcohol y drogas |

El administrador de casos/agente de libertad vigilada a explicar los objetivos para cada servicio que ofrece el programa, que incluirá:

1. La evaluación clínica de cada cliente para identificar cuestiones problemáticas específicas y determinar un nivel adecuado de intervención para ayudar a prevenir otros problemas relacionados con el abuso de sustancias.
2. La educación del abuso de sustancia para proporcionar la educación actual y eficaz de los problemas de abuso de sustancias para aquellos clientes que, a través de la evaluación, parece ser adecuado para este nivel de intervención y para ayudar a prevenir otros problemas relacionados con el abuso de sustancias.
3. Referencia al tratamiento de abuso de sustancias para los clientes, a través de la evaluación, que se encuentren en necesidad de servicios de tratamiento. Todas las organizaciones de tratamiento utilizado por el programa son certificados por la División de Indiana de Salud Mental y Adiciones para proporcionar servicios de tratamiento de la adicción.
4. La administración de caso eficaz de todos los clientes a controlar la participación del cliente en cuanto al fondo los programas de educación sobre el abuso o el tratamiento y asegurar que los clientes están recibiendo servicios de calidad para hacer frente a sus problemas específicos de abuso de sustancias y necesidades.

Las personas admitidas al programa suelen ser puesto en libertad condicional supervisada y están obligados a informar a su oficial de libertad condicional como se indica. Tasas de libertad condicional supervisada es de \$20 por mes para los delitos menores, \$30 por mes para los delitos graves. La Corte podrá ordenar que se abstengan de alcohol y sin drogas de la prescripción durante el plazo de su libertad condicional y le obliguen a someterse a pruebas de drogas para controlar su consumo de sustancias. Usted será responsable de pagar todos los honorarios cobrados por la agencia a la que se hace referencia.

NOTICIA DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS POSIBLES

VIOLACIONES SUPUESTOS: El Tribunal de Circuito de Monroe County permite al agente de libertad utilizar un proceso administrativo y imponer sanciones específicas si reconocería de violaciones de las condiciones de libertad y si suspendería la aparición en el tribunal. Sanciones incluyen citas con más frecuencia, las horas de servicio de comunidad o referencia/participación en otros programas o servicios. Todas de las sanciones de acuerdo que resultan en una pérdida de libertad, como la detención en la casa o un fin de semana en cárcel, necesita la aprobación del Tribunal. Usted siempre mantiene el derecho de no participar en el proceso administrativo y puede solicitar que algunas sanciones de libertad están abordadas del Tribunal.

PROCEDIMIENTOS DE RECHAZO

Un cese involuntario puede producir si una de las siguientes circunstancias:

1. Adicional penal o alcohol/drogas detenciones relacionadas.
2. El no participar o completar con éxito cualquier tipo de educación de sustancias y/o tratamiento ordenado por el Tribunal o el Departamento. Si no lo participará o completará, el agente puede presentar una nota de servicio o una petición de revocar su sentencia con el Tribunal que puede resultar en una sentencia en la cárcel.
3. Causando la interrupción de las actividades del programa después de haber sido requerido para detenerse.
4. Asistir a cualquier reunión o una cita programada bajo la influencia de alcohol o drogas.
5. Violar los términos de su orden de libertad condicional o la orden de sentencia. Una petición para revocar su sentencia puede ser presentada con el Tribunal para notificar al juez de algunas violaciones. La determinación de terminar es solo del Tribunal. Si el Tribunal le termina del programa, les indicará a otros servicios apropiados. Una petición para revocar su sentencia suspendida puede ser presentada para notificar al juez de una presunta violación. La decisión de terminación depende únicamente del juez. En caso de ser denunciado o rechazado, se le dirigirá a un servicio de referencia adecuado.

DERECHOS DEL CLIENTE

Las personas que no será objeto de discriminación por motivos de raza, sexo, religión, género, nacionalidad, origen étnico, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil, nivel socioeconómico o afiliación política. Cada cliente tiene el derecho incondicional de los siguientes:

1. El derecho a ser informado de las medidas y actividades involucradas en la recepción de servicios.
2. El derecho a la confidencialidad en virtud de las leyes federales y estatales relacionadas con la recepción de los servicios.
3. Derecho a la asistencia humanitaria y protección del daño, el maltrato y el abandono.
4. Derecho a contactar y consultar con los abogados y los médicos privados de la elección del cliente a cargo del cliente.
5. Derecho a tomar una decisión informada de si aceptar o rechazar el tratamiento. El curso específico de educación y / o el tratamiento será determinado por el Administrador de Casos /agente de libertad condicional asignado a su caso. Si una persona se niega a participar en la Corte ordenó el tratamiento, una petición puede ser presentada ante el Tribunal de Justicia que podría resultar en que el cliente está obligado a servir su sentencia suspendida de cárcel.

Programa de Quejas y Procedimientos de Investigación de la Violación de los Derechos del Cliente: Si un cliente tiene una queja a un miembro del personal, o una queja de que sus derechos han sido violados, el cliente debe hablar con el Director del Programa sobre la situación y se le puede pedir a poner la queja por escrito. [teléfono (812) 349-2645 o correo electrónico probation@co.monroe.in.us] o El Juez a (812) 349-2635. De la ley federal (42 CFR Part 2 Section 2.22(b)), clientes puede notificar de la violación de los derechos al United States District Attorney for the Southern District of Indiana a la dirección siguiente:

United States Attorney's Office
10 W Market St, Suite 2100
Indianápolis, IN 46204

Se requiere que las quejas están presentadas por escrito para examinar las violaciones, para decidir una resolución y para resolver la queja. Las violaciones son investigadas por La Director del Programa con todas las personas que están incluyendo. El Director del Programa determinará entonces, a través de la investigación de los hechos, si deben tomarse medidas. El resultado de dicha investigación se documentará en el expediente del cliente y que participan el registro personal de los funcionarios.

REQUISITOS DE CONFIDENCIALIDAD

Los clientes podrían solicitar un repaso de los archivos del caso. La solicitud de los archivos, y/o negativa de la solicitud (y las razones), podrían mantenidas por los archivos del caso. La política del Programa permite ocultar de la cliente todos o una parte de los archivos de caso si:

- a. Ocultando es necesario para proteger la confidencialidad de otras fuentes de información;
- b. La información podría causar daño a la salud físico o mental de la cliente u otra persona;
- c. La cliente no dio consentimiento voluntariamente ni sin coacción;
- d. La solicitud podría causar daño a la relación entre la cliente y el programa o a la capacidad del programa para proveer servicios.

La confidencialidad de los registros de alcohol y drogas paciente abuso gestionada por este programa está protegido por la ley y regulaciones federales. En general, el programa no puede decir a una persona fuera del programa que un paciente asiste al programa, o divulgar cualquier información que identifique a un paciente como un abusador de alcohol o drogas a menos que: 1) El consentimiento del paciente por escrito, 2) La revelación está permitida por una orden judicial, 3) La divulgación se hace a personal médico en una emergencia médica o 4) La divulgación se hace a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas. [Ver 42 USC29Odd 3 y 42 USC29Oee 3 para las leyes federales y 42CFR Parte 2 de las normas federales.]

GRABANDO LAS CITAS PARA LA PRÁCTICA DE LA AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL

Agentes del departamento podrían requeridos grabar en video y/o audio algunas de las citas con clientes para práctica y control de calidad. Los archivos de estas citas se ven solo de las personas apropiadas del departamento u otras personas para practicando, evaluando y mejorando la realización de los agentes y el departamento. No se requieren los clientes ser grabados en las citas y la decisión (sí o no) no podría afectar el caso. El grabado será confidencial y el departamento no podría repartir el grabado con los clientes, abogados o la pública.

LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXT AUTOMATIZADAS

Los clientes podrán recibir llamadas y mensajes de texto del número del teléfono (812) 558-9115 o (812) 349-2645 para recordarles de los eventos futuros del corte o libertad condicional. **ATENCIÓN: A veces las personas necesitan presentarse en la Corte más temprano para ver un video de los derechos. *Si Usted debería presentarse para ver el video, necesitaría presentarse a la hora del video y además la hora de la audiencia.***

Yo presto juramento que yo he leído y entiendo esta información y yo he recibido una copia de esta forma.

NOMBRE COMPLETA (POR FAVOR FIRMA AQUÍ)

FECHA

1/9/2025

LA FORMA DE LOS CLIENTES ADULTOS

DETALLES PERSONALES

Nombre:

(Primero Nombre)

(El Segundo Nombre)

(Apellido)

Nombres de Soltera/Casada:

Apodo/Alias:

Raza: Blanco Negro Raza Mezcla Asiático
 Indoamericano/Indio de Alaska Indio de Hawái/Pacífico Otro (específicamente)

Sexo: Hombre Mujer Pronombre que prefiere:

Género: Masculino Femenino Transgénero No binaria/No binario
 Otro (específicamente)

Fecha de Nacimiento: - -
(Mes) (Día) (Año)

Etnia: Hispano/Latino No Hispano/ Latino

Ciudadanía: Ciudadano de US (nativo o naturalizado) No Ciudadano de US

La Idioma Primera: Inglés Español Lenguaje de señas Árabe Chino Japonés
 Corán Otro lenguaje (específicamente)

Estado Matrimonial: Casado Separado Soltero Divorciado Viudo Viviendo juntos

Religión (opcional): Altura: Peso:

Color de Pelo: Calvo Negro Rubio Castaño Gris Pelirrojo Blanco Otro
Color de Ojos: Negro Azul Marrón Gris Verde Avellano Otro

Lugar de Nacimiento: Número de Seguridad Social: -- --
(Ciudad/Estado)

Otros lugares de viviendo en el pasado:

INFORMACIÓN DE CONTACTO/RESIDENCIA

Dirección Actual: (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Dirección de Correo: (si diferente de actual) (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Dirección Permanente: (si diferente de actual) (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: Teléfono Celular ¿Acepta mensajes de texto? Sí No Teléfono de Casa Teléfono del Empleo

Correo Electrónico:

Contacto de Emergencia #1 (Nombre y Relación) (Número de Teléfono)

Dirección:

Contacto de Emergencia #2 (Nombre y Relación) (Número de Teléfono)

Dirección:

Cicatrices/Las marcas de identificación: Por favor marca todo lo que aplica y proveer la locación y la descripción del identificador en las líneas debajo.

- Marca de Nacimiento _____
 El Piercing en el Cuerpo _____
 Cicatrices _____
 Tatuajes _____
 Otra información de identificación _____

OTROS IDENTIFICADORES

Número de la Licencia de Conducir: _____ **Estado Emitido:** _____

Estado Actual de la Licencia de Conducir: Válido Suspendido Expirado Nunca Licenciado Restringido

Marca/Modelo/Año del Vehículo: _____ **Color del Vehículo:** _____

ID de estado: _____ **Estado Emitido:** _____ **Estado:** Válido Expirado

Extranjero Residente o Número de Tarjeta Verde: _____

Afiliación de Pandilla: Sí No Si es así, nombre: _____

ESCUELAS ASISTIÓ

Por favor ponga el nombre de la escuela(s) asistieron o está asistiendo en este momento:

La Escuela Preparatoria: _____
(Nombre de Escuela / Ciudad y Estado)

Fecha de Inicio: _____ Fecha Límite: _____ Año Graduado: _____

Estado de la Escuela Preparatoria: Asistir/Actualmente Inscrito Completo/Graduado Dejar Expulsado

Último Grado Completado en la Escuela Preparatoria: Menos de grado 9 9th 10th 11th 12th
 El Diploma TASC / GED ¿Cuándo y dónde se recibió? _____
Año/ Ciudad / Estado

Universidad/Escuela Vocacional

#1: _____
(Nombre de Escuela / Ciudad y Estado)

Universidad o Escuela Vocacional Fecha de Inicio: _____ Fecha Límite: _____ Año Graduado: _____

Estado de la Universidad/Escuela Vocacional #1: Asistir/Actualmente Inscrito Completo Graduado
 Dejar La Espera de Admisión Sacar de la Escuela

Universidad/Escuela Vocacional

#2: _____
(Nombre de Escuela / Ciudad y Estado)

Universidad o Escuela Vocacional Fecha de Inicio: _____ Fecha Límite: _____ Año Graduado: _____

Estado de la Universidad/Escuela Vocacional #2: Asistir/Actualmente Inscrito Completo Graduado
 Dejar La Espera de Admisión Sacar de la Escuela

El Título(s)/Certificado(s): Por favor marca todo lo que aplica: Certificado El Título de Asociado
 Licenciatura El Título de Máster

EL EMPLEO

El Estado de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Suspendido de Empleo Temporalmente
 Discapacitado Ama de Casa Desempleado Retirado Estudiante
 Autónomos (explicar): _____

Empleador Presente: _____ (Nombre / Nombre de la Empresa) _____ (Fecha de Inicio)

(Número / Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Horas Medias por Semana)

Posición: _____ **Ingresos por Hora o Ingresos Anuales: \$** _____

Empleador Anterior: _____ (Nombre / Nombre de la Empresa) _____ (Fecha de Inicio)

(Número / Dirección) _____ (Fecha Límite)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Horas Medias por Semana)

Razón para Dejar el Empleador Anterior: Suspendido de Empleo Temporalmente Dejar Retirado
 Despedido Discapacitado

HISTORIA MILITAR

Sí No ¿Si es así, actual o pasado? Actual Pasado Rama de Servicio: _____

Fecha de Servicio: _____ a las _____ Tipo de Descarga: _____

¿Recibe beneficios del VA? Sí No

¿Tuvo algunas lesiones durante su despliegue? Sí No

HISTORIA CRIMINAL (JUVENIL Y/O ADULTO)

¿Alguna vez ha sido acusado de un delito criminal previo? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

¿Alguna vez ha sido declarado culpable por un delito grave? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

¿Alguna vez ha sido puesto en probación? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

¿Alguna vez ha sido encarcelado en una prisión estatal? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

Si es así, a cualquiera de las arribas, por favor ponga la ofensa(s)/el cargo(s), fecha de la ofensa(s)/el cargo(s), y la Condado/Estado:

Ofensa(s): _____

Condado / Estado: _____ La Fecha(s): _____

¿Tiene cargos legales **pendientes** contra usted en otro condado o estado? Sí No

Si es así, por favor ponga los cargos, Condado/Estado, y la fecha de los cargos:

Los Cargos Pendientes: _____

Condado / Estado: _____ La Fecha(s): _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Número de veces casada: _____ Fecha del matrimonio más reciente: _____ Fecha del divorcio más reciente: _____
Esposo(a)/Otro Significativo: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Dirección: _____
(Si es diferente de suyo) (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Números de Contacto: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Dirección: _____
(Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Números de Contacto: Celular _____ Casa _____

Madre: _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Dirección: _____
(Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Números de Contacto: Celular _____ Casa _____

Padrastrro: _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Números de Contacto: Celular _____ Casa _____

Madrasta: _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Números de Contacto: Celular _____ Casa _____

Hermanos/Hermanas (incluyendo medio(a)/hermanastro(a)):

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Número de teléfono) (Mes) (Día) (Año)

Relación: Hermano(a) Completo(a) Medio(a) Hermanastro(a) **Sexo:** Hombre Mujer

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Número de teléfono) (Mes) (Día) (Año)

Relación: Hermano(a) Completo(a) Medio(a) Hermanastro(a) **Sexo:** Hombre Mujer

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____
(Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Número de teléfono) (Mes) (Día) (Año)

Relación: Hermano(a) Completo(a) Medio(a) Hermanastro(a) **Sexo:** Hombre Mujer

➤ **Se puede utilizar/pedir papel adicional de la Recepcionista si es necesario poner adicional Hermanos/Hermanas.**

LOS NIÑOS

¿Número de niños? _____ Número de niños que está apoyando: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
 (Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Su dirección: _____
 (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal) (Número de teléfono de casa)

Relación: Biológico Hijastró Sexo: Hombre Mujer

La cantidad de apoyo financiero ordenó por la corte: \$ _____ por semana mes ¿Actual en el apoyo? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
 (Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Su dirección: _____
 (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal) (Número de teléfono de casa)

Relación: Biológico Hijastró Sexo: Hombre Mujer

La cantidad de apoyo financiero ordenó por la corte: \$ _____ por semana mes ¿Actual en el apoyo? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
 (Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Su dirección: _____
 (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal) (Número de teléfono de casa)

Relación: Biológico Hijastró Sexo: Hombre Mujer

La cantidad de apoyo financiero ordenó por la corte: \$ _____ por semana mes ¿Actual en el apoyo? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
 (Primera Nombre) (El Segundo Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Su dirección: _____
 (Número / Calle) (Apt/Lot) (Ciudad/Estado) (Código Postal) (Número de teléfono de casa)

Relación: Biológico Hijastró Sexo: Hombre Mujer

La cantidad de apoyo financiero ordenó por la corte: \$ _____ por semana mes ¿Actual en el apoyo? Sí No

Por favor ponga todas de las personas con quién vive actualmente:

_____	_____	_____	_____	Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
(Primera Nombre)	(El Segundo Nombre)	(Apellido)	(Relación)	(Mes) (Día) (Año)
_____	_____	_____	_____	Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
(Primera Nombre)	(El Segundo Nombre)	(Apellido)	(Relación)	(Mes) (Día) (Año)
_____	_____	_____	_____	Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
(Primera Nombre)	(El Segundo Nombre)	(Apellido)	(Relación)	(Mes) (Día) (Año)
_____	_____	_____	_____	Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
(Primera Nombre)	(El Segundo Nombre)	(Apellido)	(Relación)	(Mes) (Día) (Año)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso/Salario Mensual (aproximado): \$ _____

Ingreso/Salario Mensual de Esposo/a o Pareja (aproximado): \$ _____

Otros (asistencia pública, fondo fiduciario, etc.): \$ _____

Fuentes de Ingresos (**Marque todo lo que corresponda**):

- Salario del trabajo Seguro Social SSI Pensión de retiro
 Cupones de WIC Sección 8 Título 20 TANF
 Manutención de niños Estampillas de alimentos Discapacidad Otros (especificar) _____

Estima la cantidad total de sus gastos mensuales promedio \$ _____

¿Cree que alguna vez ha tenido un problema con apostando dinero o comprando boletos de la lotería? Sí No

SALUD MEDICA, FISICA, y EMOCIONAL

Doctor de Familia: _____

¿Está tomando medicamento de prescripción o medicamentos venta libre en este momento? Sí No

En caso afirmativo, por favor haga una lista de los nombres de los medicamentos y la razón:

Por favor haga una lista de la historia de problemas médicos graves y/o algunos problemas/condiciones médicas presente:

¿Tiene seguro medica? Sí No Proveedor de Seguro? : _____

¿Ha tenido contacto con o ha recibido de una agencia de consejería o agencia, terapia, or de salud mental? Sí No

En caso afirmativo por favor haga una lista de las agencias, ubicación, y fecha: _____

Agencia Ciudad y Estado Fecha(s)

¿Ha tenido algunos de los siguientes?

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| Alergias (grave) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | <input type="checkbox"/> Sí / llevo EpiPen |
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | <input type="checkbox"/> Sí / en recuperación |
| Problemas de enojo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Ansiedad (grave/ataques de pánico) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Autismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Dolores crónicos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Depresión (por más de dos semanas) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Fatiga durante periodos largos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Sentimientos de desesperación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Perdida financiera por apostar dinero | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Trastornos de sueño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Abuso o adicción de drogas/sustancias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | <input type="checkbox"/> Sí / en recuperación |
| Current Pensamientos de suicidio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Past Pensamientos de suicidio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Problemas de mal genio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Tendencia hacia la violencia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Pensamientos de homicidio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Cambios de peso (no planificado) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | |
| Inconsciente de un golpe a la cabeza y/o conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Inseguro/a | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumático |

INFORMACIÓN DE USO DE SUSTANCIAS/DROGAS

¿Alguna vez ha usado alcohol? Sí No

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? Sí No

En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería reducir o dejar de beber alcohol o usar drogas? Sí No

En los últimos tres meses, ¿alguien se ha dicho que piensan que debería reducir o dejar de beber alcohol o usar drogas?
 Sí No

En los últimos tres meses, ¿ha sentido culpable o mal por la cantidad que bebe alcohol o usa drogas? Sí No

POR FAVOR haga una lista de todas las sustancias de prescripción/no prescripción, incluyendo alcohol, que ha usado en las últimas 48 horas:

Cree que tiene un problema con alcohol y/o drogas? Sí No Inseguro/a

Le considera como un/una: Consumidor recreativo Abusador de sustancias Adicto o dependiente

En el futuro, quiere:

Dejar de usar completamente

Controlar o reducir su uso de sustancias

No hacer cambios en su uso de sustancias

Otro, por favor explique: _____

Alguna vez ha participado en tratamiento o consejería para su uso de alcohol y/o drogas? Sí No

¿En cuál instalación busco tratamiento? _____

(Nombre de instalación)

(Ciudad y Estado)

(Año)

¿Completo el programa con éxito? Sí No

¿Cree que usted necesita tratamiento para su uso de sustancias u otro tipo de comportamiento adictivo?

Sí No Inseguro/a

Alguna vez ha sentido/tenido alguno de los siguientes de su uso de sustancia? (marque todo lo que corresponda)

Crudas Náusea Vomitando

Desmayarse Perdida de conocimiento Cambios de personalidad

Temblores Convulsiones Delirium Tremens DTs

Tolerancia aumentada al alcohol Perdida de control por su uso Intento de abstinencia

Preocupación de usar alcohol/drogas Sobredosis Hospitalización

Historia familiar de adicción

Ha sentido/tenido problemas en los siguientes por su uso de sustancias? (marque todo lo que corresponda)

Dormir Empleo/Escuela Relaciones Financias

TABLA DE USO DE SUSTANCIAS	MARQUE √ si HA USADO	Edad de Primer Uso	Marque √ si estas usando en este momento	Método de uso (fumar, inhalar, inyectar, IV, oral/ingerir etc.)	Cuando es la última vez que uso?	Frecuencia de uso (diario, semanal, mensual, etc)
Alcohol						
Anfetamina: como Adderall o Ritalin						
Benzodiacepinas: como (circuye todas que apliquen) Ativan Valium Xanax, Klonopin, Otras Benzodiacepinas _____						
Cocaína: (circuye todas que apliquen) Polvo o Crack						
Heroína						
Inhalantes: (circuye todas que apliquen) Pegamento; Pintura; Óxido nitroso; Nitrito de amilo; Otros inhalantes: _____						
Ketamina (Special K)						
LSD						
Marihuana/THC/Hachís						
Metanfetamina						
Nicotina						
Opiáceos / Opioides: (circuye todas que apliquen) Fentanilo Hidrocodona / Vicodin / Lortab Oxicodona / OxyContin Oximorfona / Opana ER Demerol / Meperidina Darvocet Metadona Suboxone Morfina Codeína						
PCP						
Peyote/ Psilocibina Hongos						
Spice/K2						
Sintéticos: como sales de baño; éxtasis; Molly; MDMA						
Otra (especificar) _____						

Droga(s) de Preferencia: _____

COMENTARIOS: Por favor escribe cualquier comentario que usted desea compartir sobre su situación legal actual.

IDENTIFICAR RECOMPENSAS SIGNIFICATIVAS

Durante su supervisión, Usted y su oficial de libertad condicional (oficial de probación) identificarán las metas para realizar. Lograr estos objetivos será un trabajo duro y usted merece ser reconocido por lo que ha logrado.

Por favor, coloque una marca de verificación al lado de las recompensas abajo que cree que son significativas y que su oficial puede utilizarlas para alentar su progreso y celebrar sus logros.

- Reconocimiento verbal
- Reconocimiento escrito
- Una carta de progreso o terminación al Juez
- Una carta de progreso o terminación a la familia o los amigos
- Reconocimiento cara a cara del Juez
- Certificado de terminación
- Citas menos frecuentes
- Vale regalo (indica que tipo de vale regalo: una tienda, una restaurante, otro)

Otro__

**ENCUESTA DE AUTO-INFORME –HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA
COMUNITARIA**

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de su vida, como educación, empleo, familia, amigos y creencias. Por favor, contéstelas lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Algunas de ellas se responden simplemente con un sí o un no, y otras le pedirán que encierre en un círculo el número que mejor indique hasta qué grado esa afirmación refleja sus creencias o es “verdadera” para usted.

1. Máximo nivel educativo alcanzado:
____ menos del grado 12;
____ diploma de bachillerato o secundaria;
____ Diploma de Equivalencia General (GED por sus siglas en inglés); ____
universidad.
2. ¿Alguna se le suspendió o se le expulsó de la escuela? Sí ____ No ____
3. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual? _____
4. ¿Cuántos cambios de dirección ha tenido en los últimos 12 meses (sin contar la encarcelación)?

5. ¿A qué edad empezó a tomar alcohol con regularidad? _____
6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que tomó alcohol por última vez? _____
7. ¿Cuál ha sido el periodo más largo durante el que se abstuvo de tomar alcohol? _____
8. ¿Qué porcentaje de sus amigos más allegados han tenido problemas con la ley? _____%
9. ¿Diría que vive en un barrio en el que se comenten “muchos delitos”? Sí ____ No ____
10. ¿Tenía un empleo en el momento de su arresto? Sí ____ No ____
11. En caso afirmativo, ¿cuántas horas a la semana trabajaba? _____
12. ¿Trabaja en la actualidad?
____ Trabajo a tiempo completo.
____ Trabajo de medio tiempo.
____ No, recibo el subsidio por incapacidad.
____ No, estoy jubilado.
____ No, no trabajo en la actualidad.
13. En su opinión, ¿dispone de mucho tiempo libre? Sí ____ No ____
14. En promedio, ¿aproximadamente qué porcentaje de la semana considera que es tiempo libre? _____%

Para las siguientes afirmaciones, encierre en un círculo la respuesta que describa mejor lo que piensa.

15. En su opinión, ¿qué tan fácil es comprar drogas en su barrio?

Muy fácil

Muy difícil

1

2

3

4

16. ¿Está satisfecho con su estado civil actual? (Si es soltero, ¿qué tan satisfecho está con el hecho de ser soltero?)

No estoy satisfecho

Estoy muy satisfecho

1

2

3

4

17. ¿Qué opina de su estabilidad económica actual?

No puedo pagar las facturas

Puedo pagar las facturas y tengo dinero extra

1

2

3

4

18. ¿Está satisfecho con su situación de vivienda actual?

No estoy satisfecho

Estoy muy satisfecho

1

2

3

4

5

19. Valore el grado de apoyo emocional y personal que recibe de familiares y amigos.

No tengo apoyo

Me siento muy apoyado

1

2

3

4

5

20. Valore su grado de satisfacción con respecto al grado de apoyo que recibe de familiares y amigos.

No estoy satisfecho

Estoy muy satisfecho

1

2

3

4

5

21. A menudo me afecta enterarme de los problemas de otras personas.

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo

1

2

3

4

5

22. ¿Piensa que en ocasiones está bien mentir?

Nunca o solo mentiras piadosas

Está bien mentir

1

2

3

4

5

23. Últimamente siento que no tengo control sobre lo que pasa en mi vida.

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo

1

2

3

4

5

24. A veces me resulta emocionante hacer cosas por las que puedo meterme en problemas.

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo

1

2

3

4

5

25. ¿Otras personas lo describirían como alguien que evita las peleas o como alguien que es el primero en pelear?

Evita las peleas

Primero en pelear

1

2

3

4

5

26. ¿Hasta qué punto está de acuerdo con la afirmación: "Haz al prójimo antes de que el prójimo te lo haga a ti"?

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo

1

2

3

4

5