

**TRIBUNAL DEL SEGUNDO DISTRITO JUDICIAL**  
**ESTADO DE NEVADA**  
**CONDADO DE WASHOE**  
**Solicitud de Reingreso Penitenciario**

<b>Nombre del Acusado:</b>	<b>Fecha de la Solicitud:</b>
<b>Fecha de nacimiento del Acusado:</b>	<b># De Identificación del Acusado:</b>
# De Caso de Jurisdicción Limitada:	# De Caso del Tribunal de Distrito:
<b>Trabajador social:</b>	

**Instrucciones de Solicitud**

Mientras está en prisión, el recluso comienza el proceso poniéndose en contacto con su administrador de casos sobre el Programa de Reingreso Penitenciario. El administrador de casos le informa al recluso si califica para el programa y lo ayuda con la documentación necesaria para presentar la solicitud.

El administrador de casos envía la documentación a la División de Gestión de Delincuentes de su institución. La División de Gestión de Delincuentes reúne más información, incluido un informe disciplinario y evaluaciones y documentos judiciales. La División de Gestión de Delincuentes determina si el recluso califica para el programa y, de ser así, envía la documentación al Coordinador del Tribunal de Reingreso Penitenciario.

El Coordinador del Tribunal de Reingreso Penitenciario lleva la solicitud al equipo del Tribunal de Reingreso Penitenciario para su revisión. El equipo decide si acepta al recluso. Esta decisión se comunica a la División de Gestión de Delincuentes. Si la solicitud no está completa, el coordinador la rechazará. Se debe enviar una solicitud completa para revisar la aceptación.

1. Las solicitudes solo se aceptarán por correo electrónico. [Julie.Vann@washoecourts.us](mailto:Julie.Vann@washoecourts.us)
2. Si el recluso es aceptado, el Coordinador del Tribunal de Penitenciario trabaja con los programas de vivienda de transición en la comunidad para conseguir una cama para el recluso. El Coordinador del Tribunal de Reingreso luego trabaja con la División de Gestión de Delincuentes para fijar una fecha para liberar al recluso en el programa. Toda derivación a un programa de Tribunal Especializado **debe** incluir:
  - Formulario de Renuncia a la Confidencialidad
  - Informe de Progreso:
    - Utilice el Informe de Progreso de Libertad Condicional
    - Prepare un anexo para abordar cuestiones como:
      - Aclaración sobre la elegibilidad para la libertad condicional si el recluso tiene una libertad condicional. Señale violaciones previas de libertad condicional
      - Problemas médicos/de salud mental que puedan afectar la colocación en el programa (medicamentos)
      - Estado educativo hasta la fecha
      - Cualquier problema que indique que el recluso ha sido un problema de gestión
  - Antecedentes disciplinarios del NDOC
  - Declaración escrita del recluso para abordar:
    - ✓ Interés en el programa
    - ✓ Participación **previa** en un programa de abuso de sustancias, ya sea dentro o fuera de prisión, anterior o actual
    - ✓ Habilidades de empleabilidad, como capacitación y experiencias laborales previas
    - ✓ Logros educativos hasta la fecha
  - PSI (incluya Informes de Violación de Libertad Condicional, si corresponde)
  - JOC

No presentar una solicitud completa o no proporcionar la información solicitada resultará en una demora o denegación de la solicitud.

**RENUNCIA A LA**

## CONFIDENCIALIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, NDOC # \_\_\_\_\_ por la presente doy mi consentimiento incondicional y autorizo la divulgación de cualquier información contenida en mi expediente penitenciario, antecedentes penales, antecedentes médicos o sociales, informes de investigación previos a la sentencia actuales o anteriores o cualquier otro tratamiento o registro médico al Departamento de Correcciones de Nevada, la División de Libertad Condicional, o el Tribunal de Drogas del Segundo Distrito Judicial, la Junta Asesora creada de conformidad con el Capítulo 209 del NRS y un proveedor de tratamiento designado judicialmente, con el propósito de evaluar mi idoneidad para participar en el Programa de Tribunal de Drogas de Reingreso.

Además, si soy aceptado en el programa, por la presente renuncio a mis derechos de confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida por mi proveedor de tratamiento, incluida la comunicación verbal, los resultados de las pruebas de detección de drogas o cualquier otra información. Por la presente, acepto específicamente que esta información se proporcione al Juez del Tribunal de Drogas del Tribunal de Distrito, al Fiscal Adjunto del Tribunal de Drogas, al Defensor Público Adjunto del Tribunal de Drogas y a la División de Libertad Condicional.

Fecha este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

---

Firma del Recluso

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Acusado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# De ID: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Maculino  Femenino

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma Perincipal: \_\_\_\_\_ ¿Necesita Intérprete? Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ # De Teléfono: \_\_\_\_\_

Tiempo de Servicio: \_\_\_\_\_ PED: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_

<b>¿Ha participado en algún programa de tribunales especializados antes?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Qué programa(s)?	¿Cuándo?
¿Cuál fu el resultado?	Fecha(s) de Graduación:
Notas:	

¿Es usted elegible para recibir los beneficios del Seguro Social?

SSI       SSDI       SSRI

¿Tiene seguro médico? Sí       NO

Medicaid:      Anthem       HPN       Silver Summit       FFS   
 Medicare:      Parte A       Parte B       Parte D       Proveedor: \_\_\_\_\_

Seguro Privado:

Compañía de Seguros:	Número de Póliza:
Nombre del Asegurado:	Relación:

¿Usted o alguien de su hogar posee un vehículo? Sí  No

Vehículo #1 Marca:	Modelo:	Año:
Propietario Registrado:		
Vehículo #2 Marca:	Modelo:	Año:
Propietario Registrado:		

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS

CATEGORÍA DE DROGAS (Incluye el uso de drogas no médicas)	Usada Alguna Vez Sí or No	Edad del Primer Uso	Total de Años de Uso	Uso de Drogas Intravenosas	Fecha del Último Uso	Frecuencia de Uso
<b>ALCOHOL:</b> Cerveza, vino, vodka, ginebra, whisky escocés	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>CANNABIS:</b> Marihuana, aceite de hachís, porro, hierba, cocaína	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>ESTIMULANTES:</b> Cocaína, crack, cocaína	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>ESTIMULANTES:</b> Metanfetamina - hielo, crank	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>ANFETAMINAS/OTROS ESTIMULANTES:</b> Ritalin, Bazedrine, Dexedrine, speed, bennies, estimulantes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>BENZODIAZEPINAS/TRANQUILIZANTES:</b> Valium, Librium, Xanax, Diazepam, roofies, downers	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>SEDANTES/HIPNÓTICOS/BARBITÚRICOS:</b> Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Fenobarbital	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>HEROÍNA:</b> smack, scat, azúcar morena, droga	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>METADONA CALLEJERA O ILÍCITA</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>OTROS OPIOIDES:</b> Tylenol #2 y #3, Percodan, Percocet, opio, Morfina, Demerol, Dilaudid	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>ALUCINÓGENOS:</b> LSD, PCP, mescalina, peyote, hongos, ketamina, éxtasis (MDMA)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>INHALANTES:</b> pegamento, gasolina, aerosoles, disolvente de pintura, poppers, rush, whippets	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>ESTEROIDES:</b> Deca-Durabolin, Durabolin, Equipoise, Winstrol, Anadrol, Oxandrin, esteroides, jugo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>USO ILEGAL DE MEDICAMENTOS CON RECETA (describa)</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Si la respuesta a la pregunta **ALGUNA VEZ** es **NO** para alguna línea dada, el resto de la línea debe dejarse en blanco.

¿Qué sustancia considera que es su sustancia principal de elección?

(es decir, la que le causa más problemas y/o le ha resultado más difícil de manejar)

- Alcohol  Cocaína  Marihuana  Heroína  Metanfetamina  Éxtasis  Óxido Nitroso  Fentanilo  
 Opiáceos Recetados (especifique)  Estimulantes Recetados (especifique)  Tranquilizantes Recetados (especifique)  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra conducta compulsiva o adictiva actual o pasada? (Marque todas las que correspondan.)	<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Cortes <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> OCD <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____
¿Alguna vez ha tenido problemas financieros debido al juego? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Alguna vez ha tenido que mentirle a personas importantes para usted sobre cuánto jugaba? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿El juego ha afectado sus gastos de vida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

**HISTORIAL DE TRATAMIENTO Y  
DESINTOXICACIÓN, REHABILITACIÓN U HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARA PACIENTES INTERNADOS**

Nombre del Centro	Motivo de la Admisión	Fecha de Admisión mes/año	Duración de la Estadía	Resultados-completado/abandonado

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

Nombre del Centro	Motivo de la Admisión	Fecha de Admisión mes/año	Duración de la Estadía	Resultados-completado/abandonado

**MEDICAMENTOS RECETADOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE**

Medicamento	Dosis por día	Condición o Enfermedad	Doctor	Fecha aproximada de inicio	¿Los toma según lo prescrito?
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**MEDICAL/MENTAL HEALTH HISTORY**

¿Tiene alguna condición médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, explique:
¿Tiene un diagnóstico de salud mental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, explique:
¿Consulta a algún proveedor médico o de salud mental por alguna condición? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, explique:
¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado para alguna condición? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, explique:
Si es mujer, ¿está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Ha recibido atención prenatal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Dónde?
¿Cuándo es su fecha de parto? Click or tap to enter a date.	¿Doctor?

HISTORIAL EDUCATIVO Y LABORAL

Tipo de Escuela	¿La terminó?	Nombre de la Escuela
GED/HiSET	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Escuela Preparatoria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Escuela de Oficios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Universidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Título de Posgrado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Su título más reciente:

Empleador	Puesto de trabajo	Fechas	Motivo por el que dejó el trabajo

¿Actualmente es elegible para recibir desempleo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene alguna discapacidad que le impida trabajar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Cuál es su principal fuente de apoyo financiero?	

SERVICIO MILITAR

Complete esta sección si alguna vez prestó servicio en el ejército, incluso por un día.

Rama del Servicio:	Especialidad Ocupacional:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Baja:
Condecoraciones:	Rango al momento de la Baja:
Estado de la Baja: Si su baja no fue honorable, explique:	
¿Tiene una copia del formulario DD 214? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Mientras estuvo en el ejército, ¿sufrió algún trauma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Emocional	
¿Es elegible para recibir beneficios del VA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Se ha inscrito en el VA local? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Alguna vez solicitó una discapacidad relacionada con el servicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

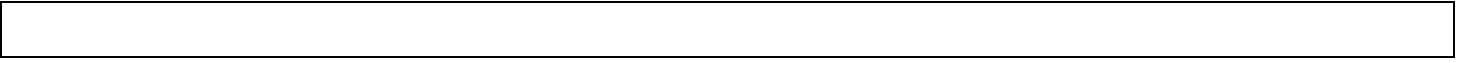












## INFORMACIÓN ADICIONAL A INCLUIR:

- Informe de Progreso:
  - Utilice el Informe de Progreso de la Libertad Condicional
  - Solicitud de Libertad Condicional
  - Prepare un anexo para abordar cuestiones como:
- Aclaración sobre la elegibilidad para la libertad condicional si el recluso tiene libertad condicional. Señale violaciones previas de la libertad
- Cualquier problema que indique que el recluso ha sido un problema de gestión (Informe de Antecedentes Disciplinarios del Recluso)
- Hoja de Antecedentes Disciplinarios del NDOC
- PSI (incluya Informes de Violación de la Libertad Condicional, si corresponde)
- JOC