

<b>SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF SAN DIEGO</b> <input type="checkbox"/> CENTRAL DIVISION, CENTRAL COURTHOUSE, 1100 UNION ST., SAN DIEGO, CA 92101 <input type="checkbox"/> EAST COUNTY DIVISION, 250 E. MAIN ST., EL CAJON, CA 92020 <input type="checkbox"/> NORTH COUNTY DIVISION, 325 S. MELROSE DR., VISTA, CA 92081 <input type="checkbox"/> SOUTH COUNTY DIVISION, 500 3RD AVE., CHULA VISTA, CA 91910	<small>SOLO PARA USO DE LA CORTE</small>  <b>Solamente para su información. Los formularios presentados al Tribunal deben estar en inglés</b>
PUEBLO DEL ESTADO DE CALIFORNIA	
ACUSADO	
<b>CONTRATO DE PARTICIPANTE EN LA CORTE DE DROGAS PARA ADULTOS</b>	NÚMERO DE CASO

Acuerdo de declaración: \_\_\_\_\_

Periodo de condena condicional: \_\_\_\_\_

Restitución (si corresponde): \_\_\_\_\_

Al completar con éxito el Programa de la Corte de Drogas para Adultos de la Corte Superior de San Diego, los siguientes cargos serán desestimados de conformidad con la Sección 1203.4 del Código Penal, si es elegible: \_\_\_\_\_

Actualmente, no hay acuerdo para desestimar los siguientes cargos: \_\_\_\_\_

Entiendo que la validez de este contrato está condicionada a mi elegibilidad para el Programa de la Corte de Drogas para Adultos de la Corte Superior de San Diego (Programa). Si en cualquier momento después de la ejecución de este acuerdo y en cualquier fase del Programa, se determina que, de hecho, no resulto elegible para participar en el Programa o he infringido los términos de este contrato, es posible que sea separado inmediatamente del Programa y deba enfrentar una infracción de la supervisión. \_\_\_\_\_

**COMPROMISO DE TIEMPO**

1. Entiendo que la finalización del Programa se basa en lograr con éxito los hitos del tratamiento durante la duración del periodo de condena condicional pertinente descrito anteriormente, para incluir un mínimo de 12 meses de tratamiento por consumo de sustancias y la finalización de cada una de las cuatro fases del Programa, incluidos los Servicios de Recuperación. \_\_\_\_\_
2. Entiendo que durante todo el desarrollo del Programa, se me exigirá asistir a las sesiones de la corte, a las sesiones de tratamiento, que me someta a pruebas aleatorias de drogas, y que permanezca sobrio y obedezca la ley. Acepto acatar todas las directivas impuestas por la corte, el proveedor del tratamiento, el funcionario de condena condicional, los socios de las fuerzas del orden encargados de la supervisión, y el Equipo del Programa de la Corte de Drogas (Equipo). Entiendo que si no acato estas directivas, puedo ser sancionado o expulsado del Programa. \_\_\_\_\_

**COMPARECENCIAS ANTE LA CORTE**

3. Acudiré a la corte con la frecuencia que se ordene. El Programa implica un enfoque gradual, que puede requerir la asistencia a la corte de manera semanal, quincenal o mensual. \_\_\_\_\_
4. Entiendo que debo llegar a la corte puntualmente y que debo permanecer hasta que se escuche el último caso o hasta que me lo indiquen. \_\_\_\_\_
5. Respetaré a la corte y a las personas que la conforman. Siempre me vestiré y me comportaré adecuadamente. \_\_\_\_\_
6. Me comprometo a no programar trabajo, citas u otras obligaciones que entren en conflicto con mis comparecencias ante la corte. \_\_\_\_\_

ACUSADO	NÚMERO DE CASO
---------	----------------

7. Entiendo que a los efectos de las audiencias de revisión periódicas, la Oficina del Defensor Público Principal me representará. No obstante, puedo hacer que otro abogado comparezca por mí si así lo decido. \_\_\_\_\_

### ADMINISTRACIÓN DE CASOS

8. Entiendo que  Second Chance  TurnBHS es responsable de la administración de mi caso y de las pruebas. \_\_\_\_\_

9. Entiendo que se me asignará un administrador de casos/consejero y que debo mantener un contacto regular y frecuente con esta persona. \_\_\_\_\_

10. Entiendo que los deberes del administrador de casos/consejero incluyen ayudarme a completar satisfactoriamente mi programa de tratamiento, obtener vivienda, empleo, educación, asesoramiento, y otros servicios. Acepto comunicar los problemas o inquietudes que pueda tener para que el administrador de casos/consejero y el Equipo puedan trabajar conmigo para resolverlos y superarlos. \_\_\_\_\_

11. Entiendo que tengo derecho a presentar quejas, y que se me concederá una audiencia completa y justa a este respecto, según lo establecido en el Manual de Operaciones para Proveedores de Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder Provider Operations Handbook, SUDPOH). \_\_\_\_\_

12. Entiendo que el modelo del Programa apoya el uso del tratamiento asistido con medicamentos (Medication-assisted treatment, MAT). Si opto por el uso del tratamiento asistido con medicamentos, debo:

- Notificar inmediatamente a mi proveedor de tratamiento y a mi funcionario de condena condicional.
- Firmar las autorizaciones correspondientes para la coordinación de la atención entre proveedores.
- Guardar todos los medicamentos del tratamiento asistido en un lugar adecuado bajo llave.
- Tomar todos los medicamentos del tratamiento asistido según las indicaciones del proveedor que los prescribe.

### PRUEBAS

13. Acepto ser sometido a pruebas de drogas/alcohol en cualquier momento por un oficial de policía, funcionario de condena condicional, proveedor de tratamiento, o a petición de la corte por cualquier agencia designada por la corte de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Equipo y/o proveedor de tratamiento o administrador de casos/consejero. Entiendo que se me indicará un lugar y una hora para presentarme a mi prueba, y que es mi responsabilidad presentarme en el lugar asignado a la hora indicada. \_\_\_\_\_

14. Entiendo que después de la finalización de cualquier programa residencial, se me asignará una fase de prueba, y es mi responsabilidad llamar a la línea directa de pruebas todos los días para determinar si mi fase requiere de una prueba. Durante el tiempo que pueda estar en un programa residencial, seré sometido a pruebas por ese programa y/o el proveedor. \_\_\_\_\_

15. Entiendo que las pruebas omitidas o diluidas se considerarán "positivas" y deberé enfrentar las sanciones y/o modificaciones de tratamiento que el Equipo considere adecuadas, incluida la pérdida del tiempo libre de consumo. \_\_\_\_\_

16. Presentaré mi propia orina/saliva. No la adulteraré, diluiré ni alteraré de ninguna manera. No intentaré "burlar la prueba" ni ayudaré a otros a hacerlo. Entiendo que la verdadera recuperación debe basarse en la honestidad y que intentar cometer fraude puede ser motivo de expulsión del Programa. \_\_\_\_\_

17. Entiendo que soy responsable de todo lo que introduzco en mi cuerpo, y de los posibles efectos que tiene en los resultados de las pruebas de drogas. Además, entiendo que si tomo medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC), recetas, suplementos o consumo cualquier cosa que me den sin conocimiento de su contenido, me enfrento a las consecuencias si los resultados de las pruebas son positivos. Tomaré los medicamentos según lo recetado. \_\_\_\_\_

18. Acepto que también debo informar al personal del tratamiento de cualquier medicamento de venta libre, recetas, y suplementos **antes** de tomarlos. Informaré a todos los médicos que me atiendan que soy un adicto en recuperación, y que no puedo tomar narcóticos ni medicamentos o fármacos adictivos a menos que el médico tratante lo considere médicamente necesario. Excepto en el caso de una emergencia médica, si un médico tratante desea tratarme con narcóticos o medicamentos o fármacos adictivos, lo comunicaré a mi proveedor de tratamiento y obtendré un permiso específico del Equipo antes de tomar dichos medicamentos/resurtidos. \_\_\_\_\_

19. Entiendo que se presume que los resultados de las pruebas son exactos, y que las pruebas positivas tienen consecuencias inmediatas. Entiendo el riesgo de ser deshonesto sobre el consumo de drogas. \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

20. Entiendo que el Programa intentará colocarme en el programa de tratamiento más adecuado según las necesidades evaluadas en mi caso y mi participación estará sujeta a disponibilidad. Entiendo que estaré comprometido con las reglas y regulaciones del programa de tratamiento residencial y/o del centro de vida sobria, además de las reglas del Programa. Entiendo que debo acatar todas las directivas de mi proveedor de tratamiento, participar debidamente, y aprender todo lo que pueda de mi programa. Entiendo que tengo el deber de terminar el tratamiento de manera exitosa y que no se permite "cambiar constantemente de programa". Si dejo el proveedor asignado o me dan de baja por incumplimiento, me enfrentaré a sanciones graves, incluido el tiempo de custodia. Si tengo problemas o inquietudes, me comprometo a ponerme en contacto con mi administrador de casos/consejero, defensor público, o el Equipo a la mayor brevedad posible, para discutir y tratar de remediar la situación. \_\_\_\_\_
21. Entiendo que durante los Servicios de Recuperación, seguiré participando en grupos según lo indique el personal de administración de casos/consejería. \_\_\_\_\_
22. Entiendo que mi proceso individual de tratamiento puede incluir tratamiento residencial, educación o cursos de superación personal como control de la ira, asesoramiento sobre crianza o las relaciones, y capacitación para la preparación para el empleo. \_\_\_\_\_
23. Entiendo que durante las primeras fases del tratamiento y la recuperación, tendré restricciones para trabajar o conseguir empleo. Además, entiendo que, siguiendo las instrucciones del Equipo, buscaré empleo, capacitación laboral o educación adicional según lo apruebe el Equipo, y que no hacerlo puede resultar en sanciones o expulsión. \_\_\_\_\_
24. Entiendo que el Equipo puede utilizar una variedad de herramientas para responder a mis necesidades y progreso a lo largo del Programa. Estas herramientas pueden incluir incentivos, sanciones como servicio comunitario, asignaciones, mayor supervisión y monitoreo, tiempo en custodia, y/o ajustes terapéuticos según lo considere adecuado el Equipo. \_\_\_\_\_

### PROGRAMA DE AUTOAYUDA

25. Se espera que asista a un número mínimo de reuniones de autoayuda por semana en un programa de autoayuda aprobado por el personal de tratamiento (entre los ejemplos se incluyen, Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA], Smart Recovery). Entiendo que aunque "duplique o triplique" las reuniones diarias, no se contabilizará más de una al día para cumplir el requisito. \_\_\_\_\_
26. Conseguiré un patrocinador/mentor de mi programa de autoayuda elegido que tenga un tiempo libre de consumo considerable, sea accesible, y me guíe diligentemente en el trabajo de los pasos. \_\_\_\_\_

### FASES

27. Entiendo que seré elegible para avanzar de fase cada 12 semanas en las Fases 1 a la 4 (16 semanas para la Fase 1 con Residencial). Entiendo que para poder hacerlo, debo estar en buenos términos, al día con los requisitos del programa, libre de sanciones en el momento de avanzar de fase, y tener el siguiente número mínimo de días de sobriedad:
- Fase 1: 30.
  - Fase 2: 45.
  - Fase 3: 60.
  - Fase 4 (Servicios de Recuperación): 60. \_\_\_\_\_
28. Acepto que, una vez finalizada la Fase 3, continuaré en los Servicios de Recuperación durante un máximo de un año. Entiendo que solo puedo completar con éxito el Programa después de cumplir con los requisitos, y que para hacerlo, debo permanecer libre de sustancias (un mínimo de 60 días de sobriedad continua); realizar las pruebas como se indica; hacer todos los pagos ordenados hacia la restitución de la víctima, multas, honorarios y/o costos; asistir a sesiones de asesoramiento grupales e individuales como se indica; y estar en buenos términos. \_\_\_\_\_
29. Entiendo que los requisitos previos adicionales para los Servicios de Recuperación incluyen:
- La realización de un plan personal de prevención de recaídas.
  - La realización y presentación en tiempo y forma del paquete de la Junta de Revisión de Cuidados Posteriores.
  - La entrevista realizada por el Equipo.

ACUSADO	NÚMERO DE CASO
---------	----------------

- El progreso demostrado en un programa de autoayuda aprobado por el Equipo con la ayuda de mi patrocinador/mentor.
- El mantenimiento del empleo, los estudios, o una combinación de ambos.
- El pago de la renta a tiempo con regularidad (si corresponde).
- No tener cargos penales pendientes.
- No deber honorarios ni horas de servicio comunitario.

30. Entiendo que si tengo una recaída, un desliz, titubeo o fallo durante el tratamiento, mi plan de tratamiento puede ser ajustado para controlar mi progreso. \_\_\_\_\_

**GRADUACIÓN/CULMINACIÓN**

31. Entiendo que culminar los Servicios de Recuperación me hace elegible para participar en una ceremonia de graduación. Esta ceremonia tendrá lugar en la fecha más cercana posible a la culminación de los Servicios de Recuperación. \_\_\_\_\_

32. Entiendo que la ceremonia de graduación es para mi beneficio y reconoce mi progreso en el tratamiento y la recuperación. Puedo invitar a familiares y amigos. Entiendo que estoy obligado a asistir a las ceremonias de graduación de mis compañeros como muestra de apoyo. \_\_\_\_\_

33. Entiendo que mi incapacidad para culminar satisfactoriamente y graduarme del Programa resultará en una infracción de supervisión y expulsión del Programa. \_\_\_\_\_

34. Entiendo que si no culmino satisfactoriamente el Programa y soy expulsado, seré condenado a una sanción de custodia por la infracción o a un ingreso en prisión por el delito subyacente, dependiendo de la clasificación de mi caso. Puedo ser condenado a custodia por el periodo indicado en el formulario de cambio de declaración. \_\_\_\_\_

35. Entiendo que la culminación satisfactoria del Programa puede dar lugar a una recomendación para la terminación temprana de la condena condicional. \_\_\_\_\_

**REGLAS VARIAS**

36. Como condición para participar en el Programa, acepto el registro de mi persona, propiedad, lugar de residencia, vehículo o efectos personales (incluidos dispositivos electrónicos) en cualquier momento con o sin orden judicial, y con o sin causa razonable, cuando lo requiera un funcionario de condena condicional, u otro agente del orden público. \_\_\_\_\_

37. Estoy de acuerdo en ejecutar la Autorización de Divulgación e Intercambio de Información Confidencial de Salud (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) - Programas de Corte Colaborativa (Confidencial) (Formulario SDSC #CRM-254). Entiendo que cualquier información obtenida de esta autorización no será accesible al público en general de acuerdo con el procedimiento de la corte. \_\_\_\_\_

38. No poseeré conscientemente drogas, otras sustancias que alteren la mente, alcohol o parafernalia relacionada con las drogas o el alcohol. No me relacionaré con personas de las que sepa que consumen o poseen drogas, ni estaré conscientemente presente donde otros consuman drogas o alcohol. \_\_\_\_\_

39. Entiendo que no puedo poseer conscientemente armas mientras participe en el Programa. Desecharé todas las armas que posea y revelaré la presencia de cualquier arma que posea cualquier otra persona de mi hogar. La incapacidad para desecharlas o revelarlas puede dar lugar a la expulsión y a un posible procesamiento por posesión ilegal de cualquier arma. \_\_\_\_\_

40. Si llevo niños pequeños a la corte, también llevaré conmigo a alguien que pueda cuidar de ellos si es necesario. \_\_\_\_\_

41. Acepto informar a cualquier agente del orden público que se ponga en contacto conmigo que soy participante en una corte de tratamiento. \_\_\_\_\_

42. Entiendo que no puedo trabajar como informante confidencial con ninguna agencia del orden público mientras sea participante, ni se me puede exigir o animar a trabajar como informante confidencial como condición para mi plena participación en el Programa. \_\_\_\_\_

43. Informaré inmediatamente de todo contacto con las fuerzas del orden público a mi administrador de casos, y a mi funcionario de condena condicional o a los miembros del Equipo del orden público. \_\_\_\_\_

ACUSADO	NÚMERO DE CASO
---------	----------------

- 44. Mantendré al Equipo y al administrador de casos informados de mi número de teléfono actual, empleo, y otra información de contacto en todo momento. Entiendo que mi lugar de residencia y cualquier cambio de dirección posterior están sujetos a aprobación (antes de la mudanza). \_\_\_\_\_
- 45. Si deseo salir del Condado de San Diego o cambiar de residencia por cualquier motivo, obtendré la aprobación de mi proveedor tratante por escrito, avisaré a mi administrador de casos, solicitaré un pase de viaje a Condena Condicional, y luego pediré la aprobación del Equipo con al menos dos semanas de antelación. \_\_\_\_\_
- 46. Entiendo que la participación en el Programa es un privilegio, no un derecho, y que es una oportunidad para obtener información, habilidades, servicios y asociaciones que me ayuden a cambiar mi vida y desarrollar mi potencial. Prometo dar al Programa mi mejor y más honesto esfuerzo. \_\_\_\_\_
- 47. No entablaré ninguna relación romántica o física con el personal, los patrocinadores, los mentores, ni con cualquier otro participante del Programa. \_\_\_\_\_

He leído, entendido, y colocado mis iniciales en cada uno de los puntos anteriores y en cualquier apéndice adjunto, y todo lo que aparece en el formulario y en cualquier apéndice adjunto es verdadero y correcto.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Participante

ACUSADO	NÚMERO DE CASO
---------	----------------

### DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO

Considerando lo prometido por el participante arriba mencionado, el Equipo (por y a través de sus miembros individuales) acuerda lo siguiente:

1. Supervisar de cerca el progreso y la sobriedad del participante con el fin de proporcionar una estructura e incentivos para permanecer libre de drogas, alcohol y delitos.
2. Valorar, evaluar y guiar al participante hacia y a través de un tratamiento adecuado para el abuso de sustancias, salud mental, educación y rehabilitación.
3. Fomentar y facilitar la comprensión de la enfermedad de la adicción, y la competencia en las habilidades y principios de un programa de recuperación sólido y de por vida.
4. Coordinar y prestar servicios que ayuden al participante a satisfacer sus necesidades, obtener orientación y desarrollar su potencial.
5. Considerar cada caso según los méritos y circunstancias individuales, manteniendo la coherencia dentro de las pautas.
6. Responsabilizar a todos los participantes de su propio comportamiento, y responder de una forma terapéuticamente adecuada.
7. Tratar a los participantes con la debida dignidad y respeto, y escuchar con una mente abierta.
8. Mantener a los miembros del Equipo actualizados y capacitados en todos los aspectos para mantener un Programa del más alto calibre y de éxito más duradero.
9. Apoyar y exigir responsabilidad, pero nunca facilitar las cosas.
10. Ayudar a crear vínculos que alienten a los participantes a volver al Programa (una vez finalizado) para orientar a los nuevos participantes y demostrar lo que se puede conseguir trabajando honestamente en el Programa.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Juez de la Corte Superior

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Fiscal de Distrito Adjunto

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Abogado Adjunto de la Ciudad

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Defensor Público Adjunto

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Administrador de Casos/Programa

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario de Condena Condicional

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete