

**ACUSE DE RECIBO DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS
CON LA INSCRIPCIÓN EN EL TRIBUNAL DE DROGAS PARA
ADULTOS EN EL CONDADO DE MONTGOMERY**

Nombre del participante:

Número del caso penal:

Como acusado en el caso antes mencionado, por medio de la presente, reconozco que recibí los documentos siguientes del Programa del Tribunal de Drogas para Adultos del Condado de Montgomery:

(Favor de marcar)

Acuerdo del Tribunal de Drogas

Aviso del derecho de confidencialidad de los participantes en el Tribunal de Drogas

Consentimiento para que se divulgue el tratamiento del consumo de drogas y bebidas alcohólicas así como la información médica relacionada.

Manual del participante en el Tribunal de Drogas

Orden de supervisión/libertad condicional

RECIBIDO:

Firma del participante

Nombre del participante en letras de molde

Fecha

ACUERDO DEL TRIBUNAL DE DROGAS

Yo, _____, entiendo que acepto de manera voluntaria participar en el Tribunal de Drogas para adultos en el Condado de Montgomery como condición especial de mi libertad condicional en el caso penal número: _____. Además de cumplir con las condiciones expuestas en mi contrato de libertad condicional, se me exige asimismo que cumpla con los términos y condiciones siguientes:

1. He recibido una copia del manual del participante en el Tribunal de Drogas. Entiendo que es mi responsabilidad repasar este manual.
2. Cumpliré con las expectativas y requisitos del Tribunal de Drogas que haya establecido el administrador de mi caso. Puedo repasar estos requerimientos en el manual del participante en el Tribunal de Drogas.
3. Entiendo que el Tribunal de Drogas dura 20 meses como **mínimo**. El período real en que voy a permanecer en el programa lo determinará el equipo del Tribunal de Drogas según yo cumpla con los requisitos del programa y los avances registrados en función de los objetivos trazados en el plan de tratamiento.
4. Asistiré y participaré en el tratamiento de la drogadicción según oriente el Juez.

Entiendo que el tratamiento de la drogadicción quizás comprenda el empleo de medicamentos para combatir los antojos y disminuir la probabilidad de una recaída. Si se decide que soy el candidato adecuado para tomar medicamentos, entre los que figuran, pero no se limitan a, el disulfiram, el vivitrol y la naltrexona, tengo que cumplir con la ingestión de dichos medicamentos.

5. Me comprometo a asistir como **mínimo** a tres (3) reuniones de recuperación a la semana en cada semana en que me encuentre en el Tribunal de Drogas al menos que el encarcelamiento o el tratamiento hospitalizado me lo impida.
6. Llegaré puntual a todos los grupos de tratamiento de la drogadicción, citas así como a las comparecencias judiciales. De no comparecer a alguna de estas obligaciones pudiera traer consigo que se emita una orden de arresto.
7. Comprendo que el Tribunal de Drogas impone sanciones escalonadas por incumplimientos con los requisitos del programa, entre las que figuran, la privación de libertad. Tengo derecho a solicitar y tener una audiencia formal con litigio antes de que se me imponga la sanción de privación de libertad o sea expulsado del Tribunal de Drogas.

8. Me comprometo a no consumir, tener en mi poder o a sabiendas relacionarme con nadie que consuma o tenga en su poder cualquier sustancia regulada o droga ilegal, entre las que figuran, pero no se limitan a, cocaína (ya sea en polvo, base o “piedra de cocaína”), opiáceos, heroína, metadona, buprenorfina, metanfetaminas, benzodiacepinas, K2, MDMA, psilocibina, el aceite de hachís o LSD.

Me comprometo a no consumir o tener en mi poder bebidas alcohólicas o marihuana ni ninguna otra sustancia que ponga en peligro mi sobriedad. Entiendo que si consumo o tengo en mi poder alguna de estas sustancias traerá consigo una violación de los términos de la libertad condicional.

Entiendo que la utilización o posesión de cualquier sustancia que no haya sido recetada por mi médico requiere aprobación del grupo del Tribunal de Drogas. Entiendo que utilizar o poseer sustancias que no hayan sido aprobadas por el grupo constituye un quebrantamiento de las normas del Tribunal de Drogas.

Entiendo que la utilización o posesión de cualquier sustancia que, aun no siendo una sustancia regulada, peligrosa o ilegal, produzca una alteración del estado de ánimo, o un efecto alucinógeno, quebrantaría las normas del Tribunal de Drogas.

Comprendo que me pueden pedir que me presente a hacerme análisis de alcohol y drogas en cualquier momento mientras participe en el Tribunal de Drogas y que de no presentarme traería consigo sanciones del Juez.

Me presentaré a hacerme análisis de alcohol y drogas según me oriente quien me brinde el tratamiento contra la drogadicción, mi administrador del caso, agente de libertad condicional, la Casa Oxford o el personal del centro de internamiento de régimen abierto.

Entiendo asimismo que cualquier intento de falsificar un análisis de alcohol y drogas, incluido su disolución, constituye un motivo para ser expulsado del Tribunal de Drogas.

9. Entiendo que me pueden pedir en cualquier momento que me ponga un dispositivo de detección del alcohol de manera remota, continua y segura (SCRAM) durante mi participación en el Tribunal de Drogas y así lo acepto.
10. Entiendo que tengo 24 horas una vez que me lo pidan para firmar toda autorización para divulgar información que no esté contenida en el Acuerdo del Tribunal de Drogas en aras de permitirles al administrador de mi caso y al terapeuta tener acceso a la información médica y psicológica necesaria para valorar mi situación o decidir el tratamiento o los servicios que necesito.
11. Entiendo que tengo que pedirles permiso al administrador de mi caso o al terapeuta antes de tomarme un medicamento que no sea de los que aparecen en el Manual del Participante. Les deberé entregar al administrador de mi caso o al terapeuta la documentación de todo medicamento que me receten a más tardar dentro de 24 horas.
12. Entiendo que tengo que residir en un vivienda libre de sustancias aprobada por el Tribunal dentro del Condado de Montgomery. Mi agente de libertad condicional puede asegurar que estoy cumpliendo con este requisito al realizar una visita a la vivienda en cualquier momento. No están obligados a comunicarme con antelación cuando se va a efectuar la visita a la vivienda.

13. Obedeceré todas las leyes y tendré una buena conducta. Le comunicaré al administrador de mi caso si tengo algún contacto con las agencias del orden público, incluido paradas hechas por la policía de tránsito, aunque no sea arrestado o acusado formalmente, ni reciba un citatorio. Entiendo que al ser acusado formalmente de un delito por el que puedo ser encarcelado, incluidas las infracciones de tránsito que impliquen encarcelamiento, mientras participe en el Tribunal de Drogas pudiera acarrear mi detención sin derecho a fianza hasta tanto no se resuelva la nueva acusación.

Entiendo que si se me condena por un delito nuevo mientras participo en el Tribunal de Drogas podría traer como consecuencia la expulsión del programa y la revocación de la libertad condicional.

14. Entiendo que si no termino el Tribunal de Drogas, el Juez me expulsará del programa y me condenará a tenor de la ley.

Nombre del acusado (favor de utilizar letra de molde)

Firma del acusado

Fecha

Firma del abogado del acusado

Fecha

**Aviso del Derecho de Confidencialidad para los
Participantes en el Tribunal de Drogas**

**CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES POR CONSUMO DE DROGAS Y BEBIDAS
ALCOHÓLICAS**

Modelo de Aviso según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Artículo 2.22 (d)

La confidencialidad de la historia clínica de los pacientes por consumo de drogas y bebidas alcohólicas está protegida por las leyes y las regulaciones federales. Por lo general, el programa no le puede decir a ninguna persona que no esté en el programa que el paciente es participante ni tampoco puede divulgar ninguna información que identifique a un paciente como consumidor de drogas o bebidas alcohólicas, al menos que:

1. El paciente de su consentimiento por escrito;
2. La divulgación esté permitida por una orden judicial; o
3. La divulgación se le hace al personal médico por una emergencia médica o a un personal calificado con fines investigativos, para una auditoría o para una evaluación del programa.

La violación por parte de un programa de las leyes y regulaciones federales constituye un delito. Las posibles violaciones se les pueden comunicar a las autoridades pertinentes a tenor de las regulaciones federales.

Las regulaciones y leyes federales no protegen a ninguna información relacionada con un delito que cometa el paciente ya sea en el programa o en contra de una persona que trabaje en el programa o referente a alguna amenaza para cometer tal delito.

Las regulaciones y leyes federales no protegen a ninguna información referente a sospechas de descuido y abuso de menores para que no se les comuniquen a las autoridades estatales y locales según las leyes estatales.

Como participante en el programa del Tribunal de Drogas, se le ha entregado este Aviso del Derecho de Confidencialidad para los Participantes en el Tribunal de Drogas para comunicarle el derecho de confidencialidad así como las restricciones existentes para la divulgación de la información confidencial. Puede optar por renunciar al derecho de confidencialidad como se define anteriormente si firma el CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE EL TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS ASÍ COMO LA INFORMACIÓN MEDICA CONEXA CONFIDENCIALES, por ende da el consentimiento necesario permitir la divulgación de la información confidencial como se estipula en el artículo (1) "El paciente da su consentimiento por escrito" del Aviso.

(Véase Título 42 del Código Federal, Artículo 290dd3 y Título 42 del Código Federal, Artículo 290ee-3 de las leyes federales y el Título 42 del Código de las Regulaciones Federales, Parte 2 de la regulaciones federales)

**CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE EL TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS Y BEBIDAS
ALCOHÓLICAS ASÍ COMO LA INFORMACIÓN MEDICA CONEXA CONFIDENCIALES**

Yo, _____ acusado en el número de caso _____ al _____ haber aceptado inscribirme y participar, entiendo que al ser aceptado en el Tribunal de Drogas para adultos en el Condado de Montgomery, doy mi consentimiento para que exista una comunicación verbal y escrita ininterrumpida sobre mi cumplimiento entre las siguientes personas y el personal de las agencias que participan en el programa del Tribunal de Drogas para adultos:

Iniciales del participante _____

El Tribunal de Circuito del Condado de Montgomery, incluido los jueces y el personal de apoyo

El personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery

Los Centros de Tratamiento de Maryland

La fiscalía del Condado de Montgomery

La oficina del defensor público o abogado de la defensa privado

El Departamento de Libertad Condicional y Libertad Bajo Palabra

El Departamento Correccional y de Rehabilitación del Condado de Montgomery

El personal de Montgomery College vinculado a los participantes en el Tribunal de Drogas

El personal del Tribunal de Circuito del Condado de Montgomery vinculado directamente al programa del Tribunal de Drogas para Adultos

La Junta Directiva de Montgomery's Miracles, Inc

Cualquier agencia de apoyo, que haga remisiones o que brinde tratamiento que esté vinculada a la prestación de servicios a clientes

He recibido y analizado con mi abogado el Aviso del Derecho de Confidencialidad para los Participantes en el Tribunal de Drogas que se anexa. Entiendo que la información del tratamiento es confidencial según las leyes federales y que doy mi consentimiento para que se divulgue como se describe en el presente documento. Entiendo que toda divulgación que se haga tiene que acatar lo previsto en la Parte 2 del Título 42 del Código de las Regulaciones Federales y que constituye un delito violar este requisito de la confidencialidad, al menos que de manera voluntaria de mi consentimiento para que se permita su divulgación. La personas que reciban esta información confidencial sólo la podrán volver a divulgar durante el desenvolvimiento de sus tareas oficiales.

Entiendo que las partes antes mencionadas discutirán la información confidencial sólo si fuera necesario con el objetivo de:

- Comunicar y vigilar mi tratamiento, asistencia, pronóstico y el cumplimiento con los términos y condiciones de la libertad condicional;
- Discutir, comentar y valorar mi situación y avances como participante en el programa del Tribunal de Drogas de conformidad con los criterios de vigilancia y comunicación y,
- Garantizar la prestación de servicios y el apoyo adecuados

Entiendo que la información sobre mi situación médica, la salud mental y el tratamiento de la drogadicción, mi historial delictivo, mis niveles de cumplimiento o incumplimiento con las condiciones de mi participación en el Tribunal de Drogas (incluido los resultados de los análisis de orina u otras herramientas de detección de drogas) así como otra información de importancia va a ser discutida y compartida entre los miembros del equipo del Tribunal de Drogas.

Comprendo asimismo que se va a exponer en una audiencia pública un resumen de la información sobre mi cumplimiento o incumplimiento, si he asistido a todas las reuniones, sesiones de tratamiento, los resultados de los análisis de orina u otras pruebas que se exijan así como la divulgación de mi cumplimiento o incumplimiento con los términos y condiciones de la libertad condicional como ha definido el Juez.

Entiendo de igual manera que el administrador de mi caso y el terapeuta deberán tener acceso a toda la historia clínica y psicológica mientras esté inscrito en el Tribunal de Drogas para Adultos en el Condado de Montgomery. Al firmar el presente acuerdo, doy mi consentimiento para que se divulguen estos documentos al administrador de mi caso y al terapeuta.

Además de las personas y agencias antes expuestas, de manera voluntaria autorizo al administrador de mi caso en el Tribunal de Drogas a comunicarse con las personas siguientes con respecto a mi situación y cumplimiento con el programa en el grado que resulte necesario para facilitar mi cumplimiento, bienestar y seguridad:

Nombre	Parentesco	Número de teléfono
--------	------------	--------------------

Nombre	Parentesco	Número de teléfono
--------	------------	--------------------

Nombre	Parentesco	Número de teléfono
--------	------------	--------------------

Entiendo que mi consentimiento se mantendrá en vigor y no lo puedo revocar hasta tanto no haya cesado de manera formal y eficaz mi participación en el Tribunal de Drogas para Adultos en el Condado de Montgomery en los casos antes mencionados tal como la interrupción de toda supervisión o libertad condicional ordenada por el Juez al haber cumplido de manera fructífera con los requisitos del Tribunal de Drogas o una vez que sea condenado por violar los términos de mi participación en el Tribunal de Drogas.

Firma del acusado	Fecha
-------------------	-------

Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------