John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

INFORMACION PARA LA CITA DE INGRESO

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Licensia #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____
(Calle)

Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ _____

Correo Electronico: _____@_____

Por Favor Recuerde

• Debe llegar a tiempo a su cita de admisión programada. Si llega con más de 15 minutos de retraso, será necesario reprogramar su cita.
• Llegar tarde o no asistir a esta cita puede resultar en que deba comparecer nuevamente ante el tribunal y/o ser dado de baja del programa.
• Se le cobrará una tarifa de $25 por reprogramar cualquier sesión de clase a la que no haya asistido.
• Usted es responsable de pagar la cuota de inscripción de $400 para el programa ASAP ($100 de esta cantidad corresponden a la clase). El pago puede realizarse mediante tarjeta de crédito (VISA, MasterCard, Discover o Apple Pay), con un cargo adicional de $2 por concepto de gastos de gestión por cada transacción. También se aceptan giros postales o cheques de caja; por favor, hágalos a nombre de "John Tyler ASAP".
• NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES.
• TODAS LAS CUOTAS SON NO REEMBOLSABLES.
• Si tiene dificultades para leer o escribir, por favor traiga a alguien consigo que le ayude a completar la información necesaria. Nosotros le brindaremos toda la asistencia posible.
• Para completar satisfactoriamente los requisitos del programa, es obligatorio asistir a esta cita, así como a todas las citas y clases futuras.

Fecha: _____ Firma: _____

TU CITA DE ORIENTACION HA SIDO PROGRAMADA A LAS _____ AM / PM
EN EL DIA _____ DE _____ DE 20_____.

John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

Programa de Acción para la Seguridad Relacionada con el Alcohol de Virginia Acuerdo de participación
Lea cada declaración y coloque sus iniciales en la línea que aparece a continuación de cada una.
Como participante del ASAP, usted está sujeto a las siguientes normas del programa. Estas normas se aplican tanto si su inscripción es por orden judicial como si se realiza para cumplir con un requisito del DMV

Entiendo que debo reunirme con mi gestor de casos del ASAP tantas veces como se considere necesario. ____

Entiendo que soy responsable de informar a mi gestor de casos sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono. ____

Entiendo que soy responsable de informar a mi gestor de casos sobre cualquier nueva infracción penal o de tráfico. ____

Entiendo que soy responsable de informar a mi gestor de casos sobre cualquier otro cambio que pueda afectar mi participación en el ASAP. ____

Entiendo que debo pagar la tarifa del ASAP en su totalidad o establecer un plan de pagos, el cual me comprometo a cumplir. Esto se aplica únicamente a la participación ordenada por un tribunal. _____ (El pago completo debe realizarse al momento de la inscripción en los casos administrativos del DMV y en los casos de preinscripción).

Entiendo que soy responsable de pagar una tarifa de $25 por reprogramar citas o clases del ASAP a las que no haya asistido. ____

Entiendo que soy responsable de pagar directamente al proveedor de servicios los costos de cualquier tratamiento que reciba. ____

Entiendo que debo participar activamente en las clases educativas del ASAP. ____

Entiendo que debo asistir a todas las clases educativas y sesiones de tratamiento del ASAP (según corresponda) sin haber consumido alcohol ni drogas ilícitas. ____

Entiendo que debo seguir rigurosamente el plan de tratamiento prescrito por el proveedor de servicios; de lo contrario, mi caso se considerará en estado de incumplimiento. ____

Entiendo que debo asistir a todas las sesiones educativas y de tratamiento, y cumplir con las políticas de asistencia. ____

John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

Entiendo que debo someterme a una prueba de alcoholemia (prueba de aliento) cuando un representante del ASAP lo solicite. ____

Entiendo que, si existe una orden judicial que me exige mantener la abstinencia, no tengo permitido consumir alcohol en ningún momento ni utilizar drogas ilícitas, y que estaré obligado a someterme a pruebas de detección de alcohol y drogas. ____

Entiendo que dar positivo en pruebas de consumo de alcohol o drogas ilícitas, o cometer una infracción relacionada con el dispositivo de bloqueo de encendido (*ignition interlock*), provocará una reclasificación de mi caso y podría conllevar que este sea remitido nuevamente al tribunal, si se encuentra bajo la jurisdicción del mismo. ____

Entiendo que estoy obligado(a) a cumplir con este acuerdo de participación y que, en caso de incumplimiento, mi expediente será remitido nuevamente al tribunal, si se encuentra bajo su jurisdicción. Asimismo, entiendo que, si estoy inscrito(a) para cumplir con un requisito del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), el incumplimiento de este acuerdo resultará en el cierre de mi caso como «no completado con éxito». ____

Entiendo que el Código de Virginia exige inscribirme y completar satisfactoriamente un Programa de Acción para la Seguridad en relación con el Alcohol (*Alcohol Safety Action Program* o ASAP) para poder recuperar mi licencia de conducir. Entiendo que, si no completo el programa ASAP en este momento, podré inscribirme más adelante, debiendo abonar las tarifas de inscripción correspondientes, así como cualquier saldo pendiente relacionado con el programa. _____

HE LEÍDO LO ANTERIOR Y COMPRENDO PLENAMENTE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE MI PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA ASAP.

_____	_____	_____
Nombre del infractor	Firma del infractor	Fecha

John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

Acuerdo sobre el vídeo de orientación

I, _____. Certifico que veré el video de orientación de ASAP. en: jtasap.com.

Firma: _____

Fecha: _____

John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

Acuerdo de abstinencia

Este documento sirve como notificación de que los participantes remitidos al programa ASAP por los Tribunales de Distrito General de **Henrico, Powhatan, Nottoway y Amelia** están sujetos a una orden judicial de abstinencia de alcohol y de cualquier fármaco o sustancia no recetada.

Los participantes transferidos desde otros programas ASAP son responsables de cumplir con cualquier orden de abstinencia u otras condiciones de su libertad a prueba, según lo dictaminado por el tribunal correspondiente.

Si así lo ordena el tribunal:

Desde la fecha de mi remisión judicial hasta que el programa ASAP me dé de alta, entiendo que no debo consumir bebidas alcohólicas ni productos o medicamentos que contengan alcohol. Asimismo, no tomaré medicamentos ni utilizaré sustancias que alteren la mente para las cuales no cuente con una receta médica válida.

Entiendo que, si incumplo este acuerdo, recibo un nuevo cargo relacionado con el alcohol o las drogas, obtengo un resultado positivo en una prueba de detección de alcohol o drogas, o me presento en cualquier actividad o instalación de ASAP bajo los efectos de dichas sustancias, mi caso podría ser remitido nuevamente al tribunal por incumplimiento, o bien, podría derivar en un nivel de participación más riguroso.

Entiendo que existe un costo adicional por las pruebas de detección de drogas o alcohol (incluyendo análisis de orina) y que soy responsable de cubrir dicho gasto. Asimismo, entiendo que negarme a realizar una prueba de alcoholemia o un análisis de detección de drogas se considerará como un resultado positivo y podría derivar en una notificación de incumplimiento.

Consulte a su gestor de caso o especialista en admisión para obtener detalles específicos sobre su situación particular.

_____ _____

Firma del cliente Fecha

John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE
4116 East Parham Road
Henrico, VA 23228
804-914-2181
jtasap.com

CHESTERFIELD OFFICE
9620 Iron Bridge Road #101
Chesterfield, VA 23832
804-914-2181
jtasap.com

Código de conducta para los participantes del ASAP

Comprendo que el Programa de Acción para la Seguridad relacionada con el Alcohol (ASAP, por sus siglas en inglés) tiene el compromiso de mantener un entorno seguro, respetuoso y profesional para el personal, los proveedores de servicios y los participantes. Este Código de conducta establece expectativas claras de comportamiento para mi participación en los servicios del ASAP.

Comportamiento prohibido

Comprendo que ciertos comportamientos están estrictamente prohibidos, incluyendo, entre otros:

- Comportamiento amenazante, intimidante, de acoso, abusivo o agresivo hacia el personal, los proveedores o los participantes.
- Uso de lenguaje obsceno, despectivo, discriminatorio o abusivo dirigido a otras personas.
- Conducta disruptiva que interfiera con las clases, las sesiones de tratamiento, las citas o las actividades del programa.
- Negativa a cumplir con las instrucciones razonables y legales del personal relacionadas con los requisitos del programa.
- Actos de violencia, intentos de violencia o comportamientos que generen un riesgo para la seguridad.
- Daños a la propiedad del programa, a las instalaciones de los proveedores o a la propiedad de terceros.
- Grabación, toma de fotografías o distribución de imágenes o audio sin autorización previa.
- Comunicaciones abusivas, amenazantes o de acoso, en cualquier formato.
- Cualquier conducta que comprometa la seguridad o el bienestar del personal, los proveedores, los participantes o las instalaciones.
- Grabación, toma de fotografías o distribución de imágenes o audio del personal, los proveedores o los participantes sin su consentimiento, independientemente de si la persona que realiza la grabación participa o no en la conversación.

El incumplimiento de estas normas puede dar lugar a que mi caso sea remitido de nuevo a la autoridad que realizó la derivación, la cual podrá imponer las sanciones o penalizaciones que considere oportunas.

Declaración de conformidad

Mediante mi firma a continuación, reconozco que he recibido, leído y comprendido este Código de conducta.

Nombre del cliente (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Virginia Alcohol Safety Action Program

Cuestionario de Admisión

Nombre Completo:_____
(Primera) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Envió Posrtal:_____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono principal: _____- _____- _____

Número de teléfono secundario: _____- _____-

Número de licencia de Conducir:_____

Fecha de nacimiento: _____

dirección de correo electrónico: _____

Historial Médico

Condiciones:_____

Medicamentos recetados:_____

¿Alguna vez un profesional médico le ha dicho que no consuma alcohol ni drogas? ☐ Si ☐ No

¿Desintoxicación previa o atención médica debido a un trastorno por consumo de sustancias?

☐ Si ☐ No

¿Tiene usted alguna condición médica directamente relacionada con su consumo de alcohol o drogas? ☐ Si ☐ No

Si es así, enlista las condiciones:

_____

Historial Legal

¿Has tenido alguna...

Arrestos o Condenas Anteriores por: (No incluya su condena actual)

DUI? ☐ Si ☐ No ¿Cuantas?_____ **Intoxicación Pública? ☐ Si ☐ No ¿Cuantas?**_____

Posesión de Alcohol Siendo Menor de edad? ☐ Si ☐ No ¿Cuantas?_____

Delitos Relacionados con Drogas? ☐ Si ☐ No. ¿Cuantas?_____

Otras condenas penales por delitos de tráfico (como conducción imprudente)?☐ Si No ☐

¿Cuantas? _____

Enlista los cargos:

_____

¿Tiene algún cargo pendiente?☐ Si ☐ No

Enlista los cargos pendientes, si corresponde_____

¿Está actualmente en período de probación legal con alguna otra agencia? ☐ Si ☐ No

Nombre de la agencia de libertad condicional _____

Nombre del oficial de libertad condicional _____

<u>Acerca de su referencia actual</u>

¿Cuál fue su cargo/delito original?_____

Fecha del cargo/delito original:_____

¿Por qué delito fuiste condenado? _____

Tribunal de Convicción _____

Fecha de la condena:_____

¿Qué bebidas alcohólicas y/o qué drogas consumía el día de su arresto?

_____

¿Cuánto bebiste/consumiste ese día? _____

_____

¿Tuviste un accidente ese día?☐ Si ☐ No ¿Hubo heridos?☐ Si ☐ No

¿Cuál era su nivel de alcohol en la sangre en el momento (BAC) del arresto?_____

¿Te Sentiste ebrio? ☐ Si ☐ No

_____

<u>Historia de Alcohol y Drogas</u>

¿Cuantos días a la semana consumes alcohol?_____ **¿Cuánto alcohol consumes en esas ocasiones?**

_____

¿Cuándo fue la última vez que consumiste alcohol? _____

¿Cuánto consumiste?_____

¿Qué drogas ha consumido en los últimos seis meses?

☐ Marihuana (para casos de DUID y casos de Delincuentes Juveniles acusados de Marihuana)☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Anfetaminas

¿Tiene usted un trastorno por consumo de sustancias?☐ Si ☐ No

¿Alguna vez has intentado dejar de ...?

Beber? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuánto tiempo te abstuviste?_____

Usando Drogas? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuánto tiempo te abstuviste?_____

¿Alguna vez ha tomado un medicamento que no le fue recetado? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿qué medicamento tomaste?_____ Cuando? _____

¿Has tenido alguna...?

Educación previa de Alcohol/Droga? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿Donde?:_____ ¿Cuando?:_____

Previous Alcohol/Drug Treatment? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿Dónde? _____ ¿Cuando?:_____

¿Participación previa en ASAP? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿Donde?:_____ ¿Cuando?:_____

Certifico que esta información es exacta según mi leal saber y entender.

Nombre Imprinto: _____

Firma: _____

Fecha:_____

VASAP CONSENT FOR THE RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION - GENERAL

Nombre de Persona a Prueba: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por la presente, otorgo al Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) mi consentimiento para intercambiar información relacionada con mis requisitos de ASAP con: - el récord tribunal de registro/remisión judicial

- la oficina del Fiscal de la Commonwealth- the Commonwealth Attorney's office
- el abogado(s) de registro- attorney(s) of record
- las agencias de aplicación de la ley locales, estatales y federales -- local, state and federal law enforcement agencies
- otras entidades de justicia penal- other criminal justice entities
- el Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia- the Virginia Department of Motor Vehicles
- los proveedores de servicios de interbloqueo de ignición de VASAP correspondientes y los proveedores remotos de servicios de alcohol - applicable VASAP ignition interlock service providers and remote alcohol service providers

Con el fin de facilitar, supervisar, verificar e informar sobre mi participación y cumplimiento de los requisitos de ASAP.

Entiendo que **un tribunal** me está remitiendo al Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol. La información sobre mi participación se informará al tribunal y mi consentimiento para ese fin terminará una vez que complete con éxito mi período de prueba del ASAP. En caso de incumplimiento, este Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial no caducará hasta que el tribunal remitente finalice formalmente la supervisión del caso por parte del Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol.

Entiendo que me estoy inscribiendo en el Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol para cumplir con un requisito del DMV. Este Consentimiento para la divulgación de información confidencial caducará automáticamente una vez que finalice mi participación en el ASAP.

Entiendo que mis récords están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario. Además, entiendo que toda la información sobre el tratamiento está protegida por la HIPPA y el ASAP no puede divulgarla sin mi consentimiento; sin embargo, si decido transferirme a otro ASAP, todos los registros, incluidos los registros de tratamiento, se enviarán al ASAP supervisor para administrar mi caso de manera efectiva. Una copia de este formulario de Consentimiento para la divulgación de información confidencial se considerará válida como el original.

Ejecutado este _____ **día de (Mes)** _____, **20**_____

Firma del Participante: _____

Padre/ Firma de Guardian (*requerido si es menor de 18 años de edad*): _____

Para Revocar este CONSENTIMIENTO DE VASAP PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - GENERAL revoke consent for release of information, complete this section.
Para revocar este consentimiento de VASAP para la divulgación de información confidencial – general, complete esta sección.

Fecha de revocación: _____
Firma del Participante: _____
Padre/ Firma de Guardian *(si es necesario)*: _____

PROHIBITION ON RE-DISCLOSURE: This information has been disclosed to you from records protected by Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2). The Federal Rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.

Virginia Alcohol Safety Action Program

Formulario de consentimiento para la autorización de comunicaciones electrónicas

Entiendo que debido al riesgo de que las comunicaciones electrónicas sean mal dirigidas, pirateadas o interceptadas por terceros no deseados, el Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) no puede garantizar que los mensajes confidenciales enviados a través de Internet no estén sujetos a una divulgación no deseada u otras violaciones de la privacidad.

Entiendo que las comunicaciones electrónicas hacia/desde VASAP pueden contener información personal protegida por las pautas federales de confidencialidad.

Además, comprendo que las comunicaciones electrónicas enviadas hacia o desde aparatos de trabajo pueden estar sujetas a revisión por parte de mi empleador.

Doy mi consentimiento para el uso de aparatos electrónicos como, entre otros, teléfonos móviles, tabletas, computadoras portátiles, etc.

Al reconocer lo anterior, por la presente autorizo al Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol de Virginia a comunicarse conmigo a través de comunicaciones electrónicas en relación con mi caso hasta que se cierre mi caso ASAP o yo rescinda esta autorización.

Firma: _____

Nombre Imprenta : _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____