

4305 N 10TH ST MCALLEN TX 78501
PROFESSIONAL PLAZA SUITE D
956-322-7838

CAMERON@SOBERSENSE.NET
GLORIA@SOBERSENSE.NET



CR# _____ OFICIAL/ MONITOR A CARGO DEL CASO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO _____

_____ Entiendo que es mi responsabilidad mantener el dispositivo con bateria y en mi posesión todo el tiempo. Evitar cualquier situación que haga que el dispositivo se descomponga o contamine. (Ejemplos: líquidos, agua, alcohol, perfumes, comida pintura, etc.)

_____ Entiendo que el servicio que brinda "SoberSense" depende de un dispositivo móvil que funcione y sea compatible con el dispositivo. Es mi responsabilidad conservar y mantener el dispositivo en buen estado.

_____ Tomare las pruebas en orden y Durante el tiempo acordado. (En caso de haberse pasado alguna prueba, el estudio comoquiera debe registrarse. Sera registrado como "tarde" pero es mejor, a no emitir registro de alguna prueba. Si esto llegase a pasar, usted debe comunicarse con el oficial o autoridad encargada de su caso.

_____ Debo mandar mis pruebas antes de usar o ingerir cualquier producto que contenga alcohol y pueda alterar mis resultados; Como por ejemplo enjuague bucal, medicamentos para la toz, pasta dental, entre otros.

_____ Cualquier intento en alterar, distorsionar, cubrir ó obstruir el lente de la cámara, será reportado con el oficial encargado de su caso. No está permitido usar lentes de sol, cubre boca, ni nada que pudiese distorsionar la imagen de sus pruebas.

_____ Al realizar la prueba debo estar en una área iluminada y debo mirar directamente a la cámara hasta que la prueba haya finalizado.

_____ En caso de dañar o perder el dispositivo, debo hacer una cita de inmediato para comprar un dispositivo Nuevo.

_____ Por ningún motive SoberSense aceptara o guardara excusas de pruebas realizadas ya sea tarde y ó NO emitidas.

_____ Eh recibido toda la información sobre instrucciones, Como solucionar las los problemas, incumplimiento de pruebas, y violación a las reglas anteriores.

_____ Si algún resultado llegase a ser positivo POR CUALQUIER MOTIVO, debo enviar la prueba secundaria cada diez minutos hasta que la sesión desaparezca. Esto nos dará más información para mostrar la caída de los niveles.

_____ Entiendo que la agencia "SoberSense" solo proporciona la información de los resultados. Esto incluye pruebas diarias, positivas, tardes, ó no emitidas. También informes semanales, y mensuales al oficial encargado del caso.

_____ Es mi responsabilidad notificar inmediatamente a la compañía "SoberSense" en caso de que el oficial a cargo de mi caso cambie.

_____ ENTIENDO QUE MI PERFIL SERÁ REPORTADO A PRUEBA DE CONDICIÓN POR INCUMPLIMIENTO.

EJEMPLO: PRUEBAS INCORRECTAS/FALTA DE PAGO

(MUCHA POSIBILIDAD DE IR A LA CÁRCEL CUANDO ESTO OCURRE!!!!!!)

NOMBRE COMPLETO: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DE USUARIO: _____ CONTRASEÑA _____

_____ DAILY TESTING WINDOWS IN ORDER: 1. _____ 2. _____ 3. _____

MENSUALIDADES LOS DIAS MONTHLY 1ST / 15TH

\$ _____

INSTALACION:

\$ _____

4305 N 10TH ST MCALLEN TX 78501
PROFESSIONAL PLAZA SUITE D
956-322-7838

CAMERON@SOBERSENSE.NET



INFORMACION DE PAGO AUTOMATICO

NUMERO DE CUENTA: _____

FECHA DE EXPIRACION: _____ CODIGO DE SEGURIDAD: _____

CODIGO POSTAL: _____

Autorizo que mis pagos mensuales sean cobrados de mi cuenta bancaria los días **1 o 15** de cada mes. (Circula una opción)

_____ Para detener los pagos mensuales, debo entregar la forma de finalización que entrega la corte o el oficial encargado Del caso. También debo regresar el dispositivo a la compañía "SoberSense".

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE COMPLETO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DE USUARIO: _____

CONTRASEÑA _____

_____ DAILY TESTING WINDOWS IN ORDER: 1. _____ 2. _____ 3. _____