

## Solicitud Para Programas Judiciales Especiales

Programa Judicial Antidrogas para Adultos • Programa para Personas que Conducen Bajo Los Efectos • O.P.E.N •  
Programa Judicial para Personas con Problemas Psiquiátricos • TAP  
Programa Judicial de Tratamiento para Veteranos • Programa Judicial Alternativo de Tratamiento por Ludopatía •  
MAT RE-ENTRY • CERT

<b>Nombre del Acusado:</b>	<b>Fecha de la Solicitud:</b>
<b>Fecha de Nacimiento del Acusado:</b>	<b>No. de Identificación del Acusado:</b>
<b>No. de Causa de Jurisdicción Limitada:</b>	<b>No. de Causa del Tribunal de Segunda Instancia:</b>
<b>Nombre del Abogado Remitente:</b>	<b>Número de Teléfono del Abogado:</b>
<b>Correo electrónico del Abogado:</b>	<b>Trabajador Social de asuntos Jurídicos:</b>
<b>Programa Solicitado:</b>	

### Instrucciones de Solicitud

1. Sólo se aceptarán solicitudes por correo electrónico.
2. Es responsabilidad del abogado:
  - a. Asistir a su cliente a integrar la solicitud en su totalidad.
  - b. Reunir los documentos necesarios para presentarlos con la solicitud.
  - c. Escanear y enviar por correo electrónico el paquete de solicitud completada dividido en dos partes:
    - i. Solicitud
    - ii. Documentos Adjuntos
3. La solicitud y los documentos adjuntos deben ser enviados por correo electrónico a: [specialtycourts@clarkcountycourts.us](mailto:specialtycourts@clarkcountycourts.us)
4. Si la solicitud no ha sido completada, el coordinador rechazará la solicitud. Es necesario presentar una solicitud completa para revisión para ser aceptada.
5. Al recibir la notificación de aceptación al programa, el abogado puede programar una audiencia en el calendario judicial del juzgado procedente para una fecha antes de la fecha anteriormente programada para revisar el estado de aprobación.

Toda remisión a un Programa Judicial Especial **debe** incluir:

- Solicitud concluida
- Parte policial por cargos presentes y todo cargo por violencia, delito sexual o venta de drogas
- PSI (por sus siglas en inglés Informe Previo a Juicio), si está disponible, de esta causa o causa anterior (**OBLIGATORIO** para el Programa de Edad de Transición y el programa OPEN)
- Registros que documenten el historial psiquiátrico (**OBLIGATORIO** para el Tribunal Psiquiátrico y el Tribunal CERT, si corresponde)
- Paquete de certificación, toda evaluación clínica, peritajes, registros de tratamiento, registros de menores, información de causas de menores, Inventario de nivel de servicio y gestión de causas para jóvenes (YLS/CMI) y registros académicos (**OBLIGATORIO** para el Tribunal CERT)
- Informes de quebrantamiento a la libertad condicional
- Actas del tribunal, si el proceso es de jurisdicción limitada
- Todo registro que considere útil para determinar candidatura

El no presentar una solicitud completa o no proporcionar la información solicitada dará lugar a una demora o denegación de la solicitud.

### Información del Solicitante

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

No. de Identificación: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está en situación de calle? Sí  No  ¿Ha estado en situación de calle en los últimos 3 años?  
Sí  No

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Detenido? Sí  No  Lugar: \_\_\_\_\_

Cargos: \_\_\_\_\_

Siguiente Audiencia: \_\_\_\_\_ Tipo de Audiencia: \_\_\_\_\_

¿Recibe beneficios del seguro social?  SSI  SSDI  SSRI

¿Tiene seguro de salud? Sí  No

Medicaid:  Anthem  HPN  Silver Summit  FFS

Medicare:  Parte A  Parte B  Parte D Proveedor: \_\_\_\_\_

Seguro Privado:

Aseguradora:	Número de Póliza:
Nombre del Asegurado:	Relación:

¿Ud. o alguien en su familia posee automóvil?  Sí  No

Automóvil #1 Marca:	Modelo:	Año:
Propietario Registrado:		
Automóvil #2 Marca:	Modelo:	Año:
Propietario Registrado:		
Automóvil #3 Marca:	Modelo:	Año:
Propietario Registrado:		

## HISTORIAL LEGAL

Los solicitantes no pueden tener órdenes de extradición de otros estados, órdenes de captura de inmigración u otras medidas de detención. No se aceptarán solicitantes que cumplan una condena de cárcel o prisión que expire más de sesenta días posteriores a la remisión al programa.

<b>Cargos Actuales:</b>		
¿Usted se declaró culpable?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Su declaración permite aplazamiento o reducción?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido sentenciado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está detenido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuál reclusorio?		
¿Cuál es la fecha de su liberación?		

¿Está bajo libertad a prueba o preparatoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Oficial:	Número de Teléfono del Oficial:	

¿Hay algún proceso irresuelto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuáles son sus cargos y números de causa?		
¿Cuándo es su próxima comparecencia?		

¿Tiene algún cargo o condena anterior?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Por favor enumere sus antecedentes:		
¿Numero de Delitos Graves?	¿Numero de Delitos Menores?	

¿Ha sido condenado por incendio premeditado, tráfico de narcóticos, delito de carácter sexual, o delito violento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si es así, explique:		

¿Ha participado en algún programa judicial especial anteriormente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuál?	¿Cuándo?	
¿Cuál fue el resultado?		

## HISTORIAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Qué sustancias ha consumido? Por favor todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Sales de baño
<input type="checkbox"/> Benzodiacepinas	<input type="checkbox"/> Cafeína/Bebidas Energéticas	<input type="checkbox"/> Cannabis/Marijuana	<input type="checkbox"/> Cocaína
<input type="checkbox"/> Ecstasy	<input type="checkbox"/> Suplementos Herbales	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Inhalantes
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Hongos
<input type="checkbox"/> Nicotina/Tabaco	<input type="checkbox"/> Opiáceos (pastillas para el dolor)	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Spice
<input type="checkbox"/> Fentanilo			<input type="checkbox"/> Otros: _____

Historial de uso de intravenoso:  SI  NO

Historial de Tratamiento por Drogadicción:  YES  NO

Describa la sustancia no. 1 utilizada:

Método de consumo:	Asiduidad de consumo:
Edad cuando consumió por primera vez:	Fecha última de consumo:
¿Se le recetó la sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumió esta sustancia de manera intravenosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Describa la sustancia no. 2 utilizada:

Método de consumo:	Asiduidad de consumo:
Edad cuando consumió por primera vez:	Fecha del último consumo:
¿Se le recetó la sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumió esta sustancia de manera intravenosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Describa la sustancia no. 3 utilizada:

Método de consumo:	Asiduidad de consumo:
Edad cuando consumió por primera vez:	Fecha del último consumo:
¿Se le recetó la sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumió esta sustancia de manera intravenosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Describa la sustancia no. 4 utilizada:

Método de consumo:	Asiduidad de consumo:
Edad cuando consumió por primera vez:	Fecha del último consumo:
¿Se le recetó la sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumió esta sustancia de manera intravenosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Usted apuesta?  Sí  No

¿Qué tan seguido?
¿Cuánto gasta en apuestas al mes?

¿Alguna vez ha mentido sobre la cantidad que apuesta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido problemas financieros debido a las apuestas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las apuestas han afectado su presupuesto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### HISTORIAL MÉDICO/PSIQUIATRICO

¿Padece de alguna enfermedad?  Sí  No

De ser así, indique:

¿Ha recibido un diagnóstico por padecimiento psiquiátrico?  Sí  No

De ser así, indique:

¿Consulta con un médico o psiquiatra por algún padecimiento?  Sí  No

De ser así, indique:

¿Toma algún medicamento recetado por alguna enfermedad o padecimiento?  Sí  No

De ser así, indique:

Si usted es mujer, ¿está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido atención prenatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Dónde?		
¿Cuál es su fecha prevista para el parto?		

Universidad  
Posgrado

**HISTORIAL LABORAL Y DE ESTUDIOS**

<b>Escuela</b>	<b>¿Concluyó?</b>	<b>Nombre de la Escuela</b>
Secundaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuela de oficios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Universidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pos-grado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Primero indique su empleo más reciente:

<b>Contratante</b>	<b>Cargo</b>	<b>Fechas</b>	<b>Motivo de separación</b>

¿Tiene derecho a beneficios por desempleo?  Sí  No

¿Padece de discapacidad que le impida trabajar?  Sí  No

¿Cuál es su fuente principal de entrada de dinero?
¿Cuál es su ingreso mensual total de todas sus entradas?

**SERVICIO MILITAR**

Por favor, complete esta sección si causo alta en las Fuerzas Armadas, aunque por sólo un día.

División Militar:	Especialidad Profesional:
Fecha de Alta:	Fecha de Baja:
Meritos:	
Estado de Baja:	Grado al causar baja:
Si causo baja deshonrosa, por favor indique:	
¿Tiene una copia del DD 214?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Prestó servicio en zona de combate?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique las zonas y fechas de combate:	

¿Durante su servicio militar, sufrió alguna herida?  Sí  No

Favor de indicar lo correspondiente:  Físico  Sexual  Emocional

¿Recibe beneficios por excombatiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está inscrito en la oficina local de Asuntos de Veteranos (VA por sus siglas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Solicitó discapacidad relacionada a su servicio militar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Las siguientes preguntas conciernen varios aspectos de su vida, como su formación, empleo, familia, amigos y credos. Responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas” para estas preguntas. Algunas preguntas serán simplemente de sí o no, y otras le pedirán que marque con un círculo el número que corresponda a la medida que esa afirmación refleja sus opiniones o es “verdadera” para usted.**

1. Nivel más alto de Educación
  - \_\_\_ Menos de 12 grados
  - \_\_\_ Graduado de la secundaria
  - \_\_\_ Desarrollo Educacional General (GED, por sus siglas en inglés)
  - \_\_\_ Universidad
2. ¿En algún momento fue suspendido o expulsado de la escuela?  SI  NO
3. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su domicilio actual? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? (no cuenta el encarcelamiento) \_\_\_\_\_
5. ¿A qué edad empezó a tomar alcohol regularmente? \_\_\_\_\_ años de edad
6. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la última vez que bebió alcohol? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuánto ha sido el tiempo más prolongado que se haya abstenido de beber alcohol? \_\_\_\_\_
8. ¿Qué porcentaje de sus amistades han tenido problemas con las autoridades? \_\_\_\_\_%
9. ¿Diría usted que vive en un barrio de “alta criminalidad”?  SI  NO
10. ¿Estaba empleado al momento de ser detenido?  SI  NO
11. De ser así, ¿Cuántas horas a la semana trabajaba? \_\_\_\_\_ horas laborales
12. ¿Cuenta con empleo hoy día?
  - \_\_\_ Tiempo completo
  - \_\_\_ Medio tiempo
  - \_\_\_ No, recibo discapacidad
  - \_\_\_ No, estoy jubilado
  - \_\_\_ No, hoy día no cuento con empleo
13. Según usted, ¿cuenta con mucho tiempo libre?  SI  NO
14. En promedio, ¿qué porcentaje de su tiempo semanal lo considera tiempo libre? \_\_\_\_\_%

**Para las siguientes declaraciones, indique con un círculo la respuesta que mejor describa su opinión.**

15. ¿Según usted, qué tan fácil es adquirir narcóticos en su vecindario?  
 Muy fácil 1 2 3 4 5 Muy difícil
16. ¿Está satisfecho con su situación marital actual? (Si es soltero, ¿Qué tan satisfecho está al ser soltero?)  
 No Satisfecho 1 2 3 4 5 Muy Satisfecho
17. ¿Cómo califica su estabilidad económica actual?  
 No puedo pagar las cuentas 1 2 3 4 5 Puedo pagar mis cuentas y me sobra dinero
18. ¿Está satisfecho con su situación de vivienda actual?  
 No Satisfecho 1 2 3 4 5 Muy Satisfecho
19. Favor de calificar el nivel de apoyo emocional y personal que recibe usted por parte de su familia y amistades  
 Nada de Apoyo 1 2 3 4 5 Mucho Apoyo
20. Favor de calificar qué tan satisfecho está con el nivel de apoyo que recibe por parte de su familia y amistades  
 No Satisfecho 1 2 3 4 5 Muy Satisfecho
21. A menudo me molesta saber sobre los problemas de otras personas  
 Totalmente de acuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente en desacuerdo
22. ¿Cree que está bien mentir de vez en cuando?  
 Nunca o sólo pequeñas mentiras 1 2 3 4 5 Está bien mentir
23. Últimamente, siento no tener control sobre los sucesos en mi vida  
 Totalmente de acuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente en desacuerdo
24. A veces me emociona hacer cosas que me pueden causar problemas  
 Totalmente de acuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente en desacuerdo
25. ¿Las personas lo describen como alguien que se aleja de un pelito o el primero en participar de uno?  
 Se aleja 1 2 3 4 5 El primero en participar
26. ¿Qué tanto está de acuerdo con el dicho: “no hagas a los demás lo que no te gustaría que te hiciesen a ti”?  
 Totalmente de acuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente en desacuerdo



**ESTADO DE NEVADA  
TRIBUNAL DEL OCTAVO DISTRITO JUDICIAL  
SOLICITUD PARA PROGRAMA JUDICIAL ESPECIAL**

**Autorización del Solicitante**

Solicito participar en el Programa Judicial Especial. Autorizo al representante del Programa Judicial Especial del Octavo Distrito Judicial a hablar con, solicitar y obtener información de mí y/o mi abogado sobre mi solicitud para el Programa Judicial Especial.

Autorizo también que el representante del Programa Judicial Especial se comunique con las personas mencionadas en esta solicitud para confirmar domicilio, empleo, y toda información acerca de mi solicitud. Estoy en conformidad de firmar toda autorización necesaria para proveer información en apoyo de mi solicitud, incluyendo expedientes médicos o psiquiátricos. Entiendo que se efectuara una investigación por antecedentes penales. También, si transfiero a un Programa Judicial Especial en otra jurisdicción en el estado de Nevada, autorizo al tribunal de origen a proveer toda información relacionada a mi tratamiento y avance en dicho programa.

Entiendo que toda información proporcionada y reunida será considerada en la decisión de si me aceptan o no en el Programa Judicial Especial. Entiendo que si no presento los análisis psiquiátricos, partes policíacos, PSI, o informes de infracciones de la libertad provisional, que un representante del Programa Judicial Especial examinará todos los expedientes y documentos disponibles en Odyssey para considerar mi aceptación.

Entiendo también que información presentada e incluida en la solicitud será compartida con los participantes del equipo del Programa Judicial Especial; incluyendo libertad provisional, el fiscal, el administrador del caso y todo proveedor de tratamiento con el cual podría estar trabajando. Si soy condenado por un delito menor, entiendo que mientras participo en el programa, doy permiso a que registren mi persona, bienes, domicilio, automóvil o lugar bajo mi control, con o sin una orden de cateo u orden de aprensión, para obtener pruebas de haber cometido delito o infracción de normas al programa proporcionadas por personal judicial o su representante.

Esta autorización entra en vigor incontinenti y prescribe al ser denegada mi participación, al finalizar o cumplir el programa. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud es motivo de descalificación o fin del programa del Tribunal Especializado.

---

Firma del Solicitante

---

Fecha

---

Firma del padre o tutor (solo si el solicitante es menor de 18 años de edad)

---

Fecha

**PROGRAMAS JUDICIALES ESPECIALES DEL OCTAVO DISTRITO  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACION DE REFERENCIAS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**C#:** \_\_\_\_\_

**SSN:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION A SER DIVULGADA POR/PARA (Marque Todo lo que Corresponda):**

Libertad condicional para adultos	Departamento de Servicios de Justicia Juvenil	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada División de Servicios para Niños y Familias; Oficina de libertad condicional para jóvenes
American Toxicology Inc. (ATI)	Sober Testing Solutions	Servicios judiciales totales
Centro de Reclusión del Condado de Clark	NAPHCARE	Wellpath
Oficina del fiscal de distrito del condado de Clark	Oficina del defensor público del condado de Clark	Servicios de salud penitenciaria
Personal del tribunal del octavo distrito judicial	División de servicios para niños y familias	Departamento de servicios a la familia/Servicios de protección infantil
Desert Regional Center	Servicios psiquiátricos para adultos del sur de Nevada	Servicios psiquiátricos Mojave
Centro de asistencia legal del sur de Nevada	Distrito escolar del condado de Clark	Silver Summit Health Plan
Health Plan of Nevada	Molina HealthCare of Nevada	Anthem Blue Cross & Blue Shield Healthcare Solutions
Departamento de Salud y Servicios Humanos División de Bienestar y Servicios de Apoyo	UNLV Health/ UNLV Medicine	Magellan of Nevada/ Magellan Health
Bridge Counseling Associates	Miracle Minds	Healthy Minds
Sierra Sage Recovery Services	Freedom House	Centro de Asesoramiento Comunitario del Sur de Nevada
WestCare	Behavioral Health Group	Ackerman Center
Dr. Rachel Davis PhD.	Programa de asistencia para el tratamiento del autismo	Grupo ABA
Life ABA	Fundamentos de conducta	Deportes y actividades sociales
Inclusion Fusion	Hard Knox Rams Corp	Iron Sharpens Iron/ Iron Mentors
Otro::	Otro:	Otro:

**INFORMACION A SER DIVULGADA POR/PARA:**

- Equipo de Estudio del Programa Judicial Especial del Octavo Distrito Judicial, que incluye:  
 Juez del Octavo Distrito Judicial/Juez y Coordinador del Programa  
 Oficinas de la Defensoría Pública y de la Fiscalía del Condado de Clark  
 Southern Nevada Adult Mental Health Services, Mojave Mental Health

**PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:** Determinar las precisiones de tratamiento y candidatura para el programa

**INFORMACION A SER DIVULGADA: (La persona necesita indicar con sus iniciales en cada documento para su divulgación)**

\_\_\_\_\_ Evaluaciones por Abuso de Alcohol y drogas      \_\_\_\_\_ Evaluación Neurológica      \_\_\_\_\_ Expediente médico  
 \_\_\_\_\_ Evaluación Psiquiátrica      \_\_\_\_\_ Antecedentes penales      \_\_\_\_\_ Antecedentes IEP  
 \_\_\_\_\_ Planes de Tratamiento      \_\_\_\_\_ Evaluaciones psicológicas      \_\_\_\_\_ Otro  
 \_\_\_\_\_ Evaluación Clínica      \_\_\_\_\_ Notas de evolución clínica

Registros de la identidad, diagnóstico, pronóstico, o tratamiento de cualquier participante que son mantenidos en conexión con el Programa Judicial Especial Del Octavo Distrito Judicial, o cualquier actividad relacionada a la solicitud o participación en dicho programa, incluyendo pero no limitado a, Evaluación de Riesgos/Necesidades, será confidencial según los Estatutos Revisados de Nevada 49.207 a 49.213 incluso y 42 U.S.C. § 290dd-2.

**CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN:** Esta autorización prescribe con el cese del proceso o la finalización con éxito del Programa Judicial Especial del Octavo Distrito Judicial. Esta autorización entra en vigencia incontinente y puede ser revocada en todo momento con la presentación de un aviso de revocación por escrito.

**AVISO PARA CONSENTIMIENTO PREVENIDO:** La privacidad de información médica, psiquiátrica y sobre abuso de sustancia, así como también, los antecedentes penales, es resguardada por los Estatutos Estatales y Federales, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (por sus siglas en inglés, HIPAA), Normas y Reglas incluyendo Estatutos Actualizados del estado de Nevada y Capítulo 42 del Código de Estatutos Federales. Estos estatutos, normas y reglamentos requieren que la persona dé su consentimiento entendido antes de la divulgación de todo historial de salud/psiquiátrico/antecedentes penales, específicamente previstos por los Estatutos, Normas y Reglamentos. Una autorización para divulgar información solo se considerará válida cuando declare: quien divulgará la información, quien recibirá la información, el propósito para el cual la información será usada, cual información específica será divulgada y cuando la autorización caducará.

---

Firma del Cliente

---

Fecha

---

Firma del padre o tutor (solo si el solicitante es menor de 18 años de edad)

---

Fecha

---

Firma del Testigo

---

Nombre del Testigo y Agencia en letra de Molde Fecha

### **Cómo Solicitar Expedientes Médicos y/o Psiquiátricos**

1. Pida que su cliente complemente y firme la divulgación de información (adjunta) para cada profesional de tratamiento.
2. Comuníquese con la institución de tratamiento anterior para obtener el nombre de la persona, número de teléfono y de fax del departamento de expedientes médicos.
3. Envíe el ROI firmado a los departamentos de expedientes médicos correspondientes con la información de la oficina para donde los expedientes deben ser enviados.

*Atención: Es responsabilidad del solicitante presentar los documentos de apoyo/expedientes médicos con la solicitud para que el juzgado que la recibe pueda procesar la remisión. Estas instrucciones y el ROI posterior están adjuntos para su conveniencia. El personal del Programa Judicial Especial no es responsable de obtener los expedientes médicos para los solicitantes. Por favor sepa que algunas dependencias pueden requerir que su cliente adjunte y firme su propio documento de divulgación.*

### **Información de Contacto de Instalaciones de Tratamiento y Expedientes Médicos Comunes:**

1. **Southern Nevada Adult Mental Health Services (SNAMHS)/Rawson-Neal Hospital**  
Teléfono: 702-486-6045  
Fax: 702-486-7152
2. **Seven Hills Hospital**  
Teléfono: 866-331-5541  
Fax: 702-614-2086

Registros de la identidad, diagnóstico, pronóstico, o tratamiento de cualquier participante que son mantenidos en conexión con el Programa Judicial Especial Del Octavo Distrito Judicial, o cualquier actividad relacionada a la solicitud o participación en dicho programa, incluyendo pero no limitado a, Evaluación de Riesgos/Necesidades, será confidencial según los Estatutos Revisados de Nevada 49.207 a 49.213 incluso y 42 U.S.C. § 290dd-2.

**3. Montevista Hospital/Red Rock Behavioral Health**

Teléfono: 702-364-1111

Fax: 702-251-1214

**4. Desert Parkway Hospital**

Teléfono: 702-776-3508

Fax: 702-776-3595

**5. Community Counseling Center**

Teléfono: 702-369-8700

Fax: 702-369-489

**6. Spring Mountain Treatment Center**

Teléfono: 702-873-2400

Fax: 702-873-1859

**7. Valley Behavioral Health**

Teléfono: 702-388-4000

Fax: 702-388-4585

Registros de la identidad, diagnóstico, pronóstico, o tratamiento de cualquier participante que son mantenidos en conexión con el Programa Judicial Especial Del Octavo Distrito Judicial, o cualquier actividad relacionada a la solicitud o participación en dicho programa, incluyendo pero no limitado a, Evaluación de Riesgos/Necesidades, será confidencial según los Estatutos Revisados de Nevada 49.207 a 49.213 incluso y 42 U.S.C. § 290dd-2.

Actualizado 12/2018



**ESTADO DE NEVADA  
TRIBUNAL DEL OCTAVO DISTRITO JUDICIAL  
SOLICITUD PARA PROGRAMA JUDICIAL ESPECIAL**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS  
CONFIDENCIALES Y/O INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Causa: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_  
a tener comunicación sin restricciones con **un representante del Programa Judicial Especial del Octavo Distrito Judicial.**

Esta divulgación incluye llamadas telefónicas, visitas, divulgación de información confidencial e información médica protegida de/para las agencias anteriormente mencionadas. El propósito de esta autorización es permitir acceso a la información que el Juez usará para decidir si soy apto para participar en el Programa Judicial Especial. Por la presente libero al poseedor de dicha información de responsabilidad si hubiera, resultante de la divulgación que de otra manera sería de carácter confidencial. Se autoriza específicamente fotocopiar los siguientes registros y a divulgar copias al representante antes mencionado. Los documentos pueden incluir pero no están limitados a:

\_\_\_\_\_ Expediente Médico y Tratamiento      \_\_\_\_\_ Registros de Instituciones Correccionales  
\_\_\_\_\_ Registros Judiciales (incluyendo antecedentes de menores)  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**USO Y DIVULGACIÓN A TERCEROS:** Entiendo que es mi facultad revocar esta autorización en todo momento, a través de un pedido por escrito, salvo en la medida en que se tomó una acción basada en ella. Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a revertir a ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida. Esta autorización, si no es rechazada, cesará automáticamente conforme la siguiente especificación de fecha, evento o condición: un año o resolución del proceso actual. Una copia reproducida de esta autorización será tan válida como la original. Ésta información puede también ser proporcionada a todo abogado posterior que me represente para los propósitos descritos o para facilitar una apelación.

Nota: Se requiere la confidencialidad de los expedientes psiquiátricos, de abuso de droga y/o alcohol y de VIH y ninguna información de estos expedientes específicos serán transmitidos a ninguna otra persona sin autorización por escrito o permisión según el Estatuto Federal 42 CFR 2. Los Reglamentos prohíben cualquier otra divulgación sin autorización específica por escrito de la persona a quien pertenece la información. Una autorización general para la divulgación de información medica u otra no es suficiente para este propósito. Autorizo la divulgación de cualquier o todos los expedientes que contienen los siguientes diagnósticos para los fines previstos y condiciones como mencionadas arriba:

\_\_\_\_\_ Expedientes Psiquiátricos/Psicológicos  
\_\_\_\_\_ Expedientes de Tratamiento por Drogas/Alcohol  
\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Registros de la identidad, diagnóstico, pronóstico, o tratamiento de cualquier participante que son mantenidos en conexión con el Programa Judicial Especial Del Octavo Distrito Judicial, o cualquier actividad relacionada a la solicitud o participación en dicho programa, incluyendo pero no limitado a, Evaluación de Riesgos/Necesidades, será confidencial según los Estatutos Revisados de Nevada 49.207 a 49.213 incluso y 42 U.S.C. § 290dd-2.