



**SEX OFFENDER TREATMENT AND ASSESSMENT PROGRAMS  
INFORMED CONSENT FOR PRISON TREATMENT  
PROGRAMAS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE  
DELINCUENTES SEXUALES CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA EL TRATAMIENTO EN PRISIÓN**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ DOC number/Núm. DOC: \_\_\_\_\_

Deciding to participate in sex offense treatment is an important decision you are making. The goal of treatment is to help you understand the factors associated with your past sexual offending behaviors and develop strategies to reduce your risk of future offenses. Participating in treatment can be uncomfortable at times. Your Sex Offender Treatment and Assessment Programs (SOTAP) provider and team will support you as needed. Deciding not to participate in treatment may result in continued thinking and behaviors that put you at risk for future offending. Not participating in treatment may impact your release date if you are under the Indeterminate Sentence Review Board.

*Decidir participar en el tratamiento de delitos sexuales es una decisión importante que usted está tomando. El objetivo del tratamiento es ayudarle a entender los factores asociados con sus comportamientos de ofensa sexual en el pasado y desarrollar estrategias para reducir el riesgo de futuras ofensas. Participar en el tratamiento puede ser incómodo a veces. El proveedor y el equipo del Programa de Tratamiento y Evaluación de Delincuentes Sexuales (SOTAP) le apoyarán cuando lo necesite. La decisión de no participar en el tratamiento puede dar lugar a la continuación de pensamientos y comportamientos que lo pongan en riesgo de cometer delitos en el futuro. No participar en el tratamiento puede afectar su fecha de liberación si está bajo la Junta de Revisión de Sentencias Indeterminadas.*

By agreeing to participate in treatment with SOTAP, you will be held to certain expectations. This document will help you become familiar with what is expected of you and what you can expect from the community program.

*Al aceptar participar en el tratamiento con el SOTAP, se le exigirán ciertas expectativas. Este documento le ayudará a familiarizarse con lo que se espera de usted y lo que puede esperar del programa comunitario.*

**As a participant in Prison-based SOTAP with the Washington State Department of Corrections, I agree to the following/Como participante en el SOTAP basado en la prisión con el Departamento de Correcciones del Estado de Washington, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. SOTAP treatment is approximately 24 months and requires your participation while in Prison and upon release to the community.

*El tratamiento del SOTAP dura aproximadamente 24 meses y requiere su participación mientras está en prisión y al salir a la comunidad.*

2. I understand I am voluntarily participating in Prison-based SOTAP and may leave the program at any time.

*Entiendo que estoy participando voluntariamente en el SOTAP basado en prisión y que puedo dejar el programa en cualquier momento.*

3. I will actively participate in all treatment sessions by demonstrating that I am:

*Participaré activamente en todas las sesiones de tratamiento demostrando que estoy:*

- a. Applying treatment concepts to myself and discussing with the group.  
*Aplicando los conceptos del tratamiento a mí mismo y discutiendo con el grupo.*
- b. Being transparent and forthcoming with information regarding my risk factors and other treatment relevant topics.  
*Siendo transparente y comunicativo con la información sobre mis factores de riesgo y otros temas relevantes para el tratamiento.*
- c. Providing meaningful and relevant feedback to my fellow group members.  
*Proporcionando comentarios significativos y relevantes a mis compañeros de grupo.*
- d. Open to feedback from my group members.  
*Abierto a los comentarios de los miembros de mi grupo.*
- e. Completing all assignments, treatment activities, safety plans, and other requirements.  
*Completando todas las tareas, actividades de tratamiento, planes de seguridad y otros requisitos.*
- f. Making progress on my goals as outlined in my treatment plan.  
*Progresando en mis objetivos según el plan de tratamiento.*

4. I understand I may be unsuccessfully discharged if:

*Entiendo que puedo ser dado de baja sin éxito si:*

- a. I am making no progress, despite the best and repeated efforts of myself and community SOTAP employees.  
*No estoy teniendo ningún progreso, a pesar de mis mejores y repetidos esfuerzos y los de los empleados de la comunidad SOTAP.*
- b. I refuse to participate in treatment after admission (e.g., drop-out/withdraw).  
*Me niego a participar en el tratamiento después de la admisión (por ejemplo, abandono/retiro).*
- c. I refuse to follow the rules, my treatment plan, and/or treatment agreement.  
*Me niego a seguir las normas, mi plan de tratamiento y/o el acuerdo de tratamiento.*
- d. I breach confidentiality rules.  
*Incumplo las normas de confidencialidad.*
- e. I am placed in a higher custody level.  
*Me colocan en un nivel de custodia superior.*
- f. My behavior is harmful to others.  
*Mi comportamiento es perjudicial para los demás.*
- g. My behavior is consistently aggressive and/or disrupts treatment progress.  
*Mi comportamiento es constantemente agresivo y/o interrumpe el progreso del tratamiento.*

5. Any concerns regarding your participation will be brought to your attention to provide you an opportunity to improve your behavior before action is taken. Failure to participate may result in a 557/810 violation.

*Se le informará de cualquier problema relacionado con su participación para darle la oportunidad de mejorar su comportamiento antes de que se tomen medidas. La falta de participación puede dar lugar a una infracción 557/810.*

6. Any unsuccessful discharge from Prison-based treatment will result in an 810 violation. Time in treatment is not likely to count toward required court-ordered treatment.

*Cualquier salida sin éxito del tratamiento basado en la prisión dará lugar a una infracción del artículo 810. Es probable que el tiempo de tratamiento no cuente para el tratamiento requerido por el tribunal.*

7. If you are unsuccessfully discharged from treatment you have the right to submit an appeal to the SOTAP Director/designee within 3 business days. Appeal meetings will be held within 10 business days of receiving your request.  
*Si se le da el alta del tratamiento sin éxito, tiene derecho a presentar una apelación al director del SOTAP/persona designada en un plazo de 3 días hábiles. Las reuniones de apelación se celebrarán en un plazo de 10 días laborables a partir de la recepción de su solicitud.*
8. Your treatment plan has been designed specifically for you and will address your specific treatment needs. As your treatment team learns more about you, your treatment plan and targets may change, which will be explained to you. You will have the opportunity to work with your treatment team and ask questions to fully understand any changes.  
*Su plan de tratamiento ha sido diseñado específicamente para usted y abordará sus necesidades específicas de tratamiento. A medida que el equipo de tratamiento conozca más sobre usted, el plan de tratamiento y los objetivos pueden cambiar, lo que se le explicará. Tendrá la oportunidad de trabajar con su equipo de tratamiento y hacer preguntas para comprender plenamente cualquier cambio.*
9. Any unsuccessful discharge from community-based treatment may result in a treatment violation.  
*Cualquier dada de alta infructuosa del tratamiento basado en la comunidad puede dar lugar a una violación del tratamiento.*

<b>WHAT TO EXPECT DURING TREATMENT</b> <b>QUÉ ESPERAR DURANTE EL TRATAMIENTO</b>
---

1. You will be provided DOC 02-025 Sex Offender Treatment and Assessment Programs Limits of Confidentiality detailing how your treatment information will be used by SOTAP and the Department. You will be given the opportunity to discuss and understand your limits of confidentiality with the SOTAP member who reviews it with you.  
*Se le proporcionará el DOC 02-025 Límites de Confidencialidad de los Programas de Tratamiento y Evaluación de Delincuentes Sexuales detallando cómo la información de su tratamiento será utilizada por el SOTAP y el Departamento. Se le dará la oportunidad de discutir y comprender sus límites de confidencialidad con el miembro del SOTAP que lo revise con usted.*
2. You will be treated with respect and dignity throughout your treatment experience. If you feel that you are not being treated respectfully or with dignity you may submit a concern to:  
*Se le tratará con respeto y dignidad a lo largo de su experiencia de tratamiento. Si cree que no se le está tratando con respeto o dignidad, puede presentar una inquietud a:*
  - a. Your provider/*Su proveedor,*
  - b. A program supervisor/*Un supervisor del programa,*
  - c. The SOTAP Program Manager/*El administrador del programa SOTAP,*
  - d. The SOTAP Director/*El director del programa SOTAP,*
  - e. The grievance program per DOC 550.100 Offender Grievance Program, and/or  
*El programa de quejas según la política DOC 550.100 programa de quejas del interno,*  
*y/o*

f. Office of Correctional Ombuds/*Oficina del Mediador o Defensor Correccional.*

3. We want you to have a positive treatment experience. If you have any issues that are causing you difficulty in treatment, please speak with your provider or a supervisor right away to assist with your needs. Appropriate accommodations may be provided per DOC 690.400 Individuals with Disabilities.

*Queremos que tenga una experiencia de tratamiento positiva. Si usted tiene cualquier problema que le está causando dificultad en el tratamiento, por favor hable con su proveedor o un supervisor de inmediato para que lo ayuden con sus necesidades. Las acomodaciones apropiadas pueden ser proporcionadas de acuerdo con la política DOC 690.400 Individuos con Discapacidades.*

4. Upon admission to treatment you will participate in an assessment to ensure your treatment plan is specific to your treatment needs. An assessment will be conducted at the end of treatment to assess your ongoing needs and document your treatment progress.  
*Al ser admitido al tratamiento, usted participará en una evaluación para asegurar que su plan de tratamiento es específico para sus necesidades de tratamiento. Se llevará a cabo una evaluación al final del tratamiento para valorar sus necesidades actuales y documentar el progreso de su tratamiento.*

- a. Your treatment provider will work with you to develop your treatment plan. You will be asked to review and sign your treatment plan when it is completed.

*Su proveedor de tratamiento trabajará con usted para desarrollar su plan de tratamiento. Se le pedirá que revise y firme su plan de tratamiento cuando esté haya terminado.*

- b. Remember, you might not agree with everything in your treatment plan; however, try to keep an open mind. SOTAP employees/contract staff consider what is in your best interest for you to be successful when you return to the community. Talk to your provider if you do not agree with something.

*Recuerde que es posible que no esté de acuerdo con todo el plan de tratamiento; sin embargo, trate de mantener una mente abierta. Los empleados/personal contratado del SOTAP consideran lo que más le conviene para que tenga éxito cuando vuelva a la comunidad. Hable con su proveedor si no está de acuerdo con algo.*

5. During treatment you may be asked to participate in additional assessments to help us understand you better and to target treatment to your specific needs and learning style. Assessments are typically conducted by the SOTAP Psychologist, who will provide you with assessment information.

*Durante el tratamiento se le puede pedir que participe en evaluaciones adicionales para ayudarnos a entenderle mejor y a orientar el tratamiento a sus necesidades específicas y a su estilo de aprendizaje. Las evaluaciones suelen ser realizadas por el psicólogo del SOTAP, que le proporcionará información sobre la evaluación.*

6. You will be offered groups and individual treatment sessions specific to your needs while you are incarcerated and when you continue treatment in the community. Groups and individual sessions will help you learn how to manage your risks to reoffend and help you be more productive in your current setting and in the community.

*Se le ofrecerán grupos y sesiones individuales de tratamiento específicas para sus necesidades mientras esté encarcelado y cuando continúe el tratamiento en la comunidad. Los grupos y las sesiones individuales le ayudarán a aprender a gestionar sus riesgos de reincidencia y a ser más productivo en su entorno actual y en la comunidad.*

- a. Your provider will help you identify, understand, and challenge your past thoughts, feelings, and behaviors that may have led to your sexual offending and other problematic behaviors. They will assist you in identifying your specific risk factors to sexual reoffending and how to manage those risk factors.  
*Su proveedor le ayudará a identificar, comprender y desafiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos pasados que pueden haberle llevado a cometer delitos sexuales y otros comportamientos problemáticos. Le ayudarán a identificar sus factores de riesgo específicos de reincidencia sexual y cómo manejar esos factores de riesgo.*
- b. Your group providers will help you identify your values and how to develop positive life strategies to help you live the life you hope for.  
*Sus proveedores de grupo le ayudarán a identificar sus valores y a desarrollar estrategias de vida positivas que le ayuden a vivir la vida que espera.*
- c. Group is a safe environment where you will be asked to share personal thoughts, feelings, and experiences. It is the expectation of all treatment participants to respect the information shared by others and to not share information outside of group or in an open setting.  
*El grupo es un entorno seguro en el que se le pedirá que comparta sus pensamientos, sentimientos y experiencias personales. Se espera que todos los participantes en el tratamiento respeten la información compartida por los demás y que no compartan información fuera del grupo o en un entorno abierto.*

7. Throughout treatment your case will be discussed in meetings called “staffings” or “treatment team meetings”.  
*A lo largo del tratamiento su caso se discutirá en reuniones llamadas "staffings" o "reuniones del equipo de tratamiento".*

- a. Staffing means information is shared with and received from other health services personnel, including mental health.  
*Staffing significa que la información se comparte con el personal de otros servicios de salud, incluidos los de salud mental, y se recibe de ellos.*
- b. Meetings are done in large and small groups of professionals to assist in treatment planning and problem solving. Your information will only be shared with individuals who have shared responsibility for your case.  
*Las reuniones se realizan en grupos grandes y pequeños de profesionales para ayudar a la planificación del tratamiento y la resolución de problemas. Su información sólo se compartirá con las personas que comparten la responsabilidad de su caso.*

8. Sex offense treatment is very hard. Your treatment team and SOTAP employees/contract staff are committed to helping you through treatment and the emotional stress that may come up when you are reflecting on your life. Appropriate referrals necessary to help support you will be made, if needed.  
*El tratamiento por delitos sexuales es muy duro. Su equipo de tratamiento y los empleados/personal contratado del SOTAP se comprometen a ayudarle durante el tratamiento y el estrés emocional que pueda surgir cuando reflexione sobre su vida. Si es necesario, se harán las remisiones necesarias para ayudarle.*

- a. You are encouraged to continue treatment until successful completion, and will be supported in achieving your goals and reducing risk to the community.

*Se le anima a que continúe el tratamiento hasta completarlo con éxito, y se le apoyará para que logre sus objetivos y reduzca el riesgo para la comunidad.*

- b. If you are struggling in treatment, a treatment staffing, or Success Planning Meeting, will be conducted to address specific treatment-related items to help you be successful.  
*Si tiene dificultades en el tratamiento, se realizará una reunión de personal de tratamiento, o reunión de planificación del éxito, para abordar temas específicos relacionados con el tratamiento para ayudarle a tener éxito.*

- 9. SOTAP offers study hall hours with tutors who are past program graduates to support you in your treatment journey. You will be encouraged to take part in study hall and work with the tutors to further your treatment knowledge.

*El SOTAP ofrece horas de estudio con tutores que son antiguos graduados del programa para apoyarle en su viaje de tratamiento. Se le animará a participar en la sala de estudio y a trabajar con los tutores para ampliar sus conocimientos sobre el tratamiento.*

- 10. SOTAP is supportive of all treatment programming, vocational, and educational opportunities provided within the Department. SOTAP will make every effort to work collaboratively with you to ensure you can continue to participate in other positive programming as long as it does not interfere with scheduled SOTAP activities.

*El SOTAP apoya todos los programas de tratamiento y las oportunidades vocacionales y educativas que ofrece el Departamento. El SOTAP hará todo lo posible por trabajar en colaboración con usted para garantizar que pueda seguir participando en otros programas positivos siempre que no interfieran con las actividades programadas del SOTAP.*

- 11. If you are recommended and accepted into Aftercare, a specialty group within SOTAP, you will be provided additional treatment following your main, Prison-based treatment. Aftercare is a short-term group designed to bridge the gap between your successful transition from Prison-based to community-based treatment.

*Si se le recomienda y se le acepta en Aftercare, un grupo especializado dentro del SOTAP, se le proporcionará un tratamiento adicional después de su tratamiento principal en la prisión. Aftercare es un grupo a corto plazo diseñado para cubrir el vacío entre la transición exitosa del tratamiento en la prisión al tratamiento en la comunidad.*

- 12. Upon your release to community supervision, you will continue treatment for at least 12 months with a community SOTAP provider, unless directed by the SOTAP Community Program Manager. Treatment may be extended past 12 months if clinically appropriate.  
*Tras su puesta en libertad bajo supervisión comunitaria, continuará el tratamiento durante al menos 12 meses con un proveedor de SOTAP de la comunidad, a menos que lo indique el director del programa comunitario de SOTAP. El tratamiento puede extenderse más allá de los 12 meses si es clínicamente apropiado.*

- a. Community treatment will assist you in using and refining your new skills while living in the community.

*El tratamiento comunitario le ayudará a utilizar y perfeccionar sus nuevas habilidades mientras vive en la comunidad.*

- b. An intake appointment will be scheduled with you to review DOC 02-402 Sex Offender Treatment and Assessment Programs Informed Consent for Community Treatment.  
*Se programará una cita de admisión con usted para revisar el DOC 02-402 Programas de Tratamiento y Evaluación de Delincuentes Sexuales Consentimiento Informado para el Tratamiento Comunitario.*

**ACKNOWLEDGEMENT  
RECONOCIMIENTO**

By signing this form I acknowledge that I have read and understand what is expected of me in sex offense treatment with SOTAP and what I can expect of the program. I have had the opportunity to ask any questions before signing and my questions were answered by a SOTAP employee/contract staff. I understand if I have additional questions I can ask any member of the SOTAP team for help. *Al firmar este formulario reconozco que he leído y entendido lo que se espera de mí en el tratamiento de delitos sexuales con el SOTAP y lo que puedo esperar del programa. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta antes de firmar y mis preguntas fueron contestadas por un empleado / personal contratado del SOTAP. Entiendo que si tengo preguntas adicionales puedo pedir ayuda a cualquier miembro del equipo del SOTAP.*

\_\_\_\_\_  
Signature/Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Treatment Provider/Proveedor de Tratamiento

\_\_\_\_\_  
Signature/Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.

*El contenido de este documento puede ser objeto de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y serán redactados en caso de que se solicite. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.*

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging system      **COPY** - Client