



**SEX OFFENDER TREATMENT AND ASSESSMENT PROGRAMS
INFORMED CONSENT FOR COMMUNITY TREATMENT
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EL TRATAMIENTO COMUNITARIO DE LOS PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE DELINCUENTES SEXUALES**

Name/Nombre: _____ DOC number/Núm. DOC: _____

By agreeing to participate in treatment with the Sex Offender Treatment and Assessment Programs (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 los Programas de Tratamiento y Evaluación de Delinquentes Sexuales (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.

The community SOTAP employee will help me apply the skills and knowledge I have learned during Prison-based treatment to assist me in living a more positive, pro-social lifestyle, and making the necessary adjustments when and if I experience set-backs/relapses.

El empleado del SOTAP de la comunidad me ayudará a aplicar las habilidades y los conocimientos que he aprendido durante el tratamiento en la prisión para ayudarme a llevar un estilo de vida más positivo y prosocial, y a hacer los ajustes necesarios cuando y si experimento retrocesos/recaídas.

As a participant in community SOTAP with the Washington State Department of Corrections, I agree to the following/Como participante en el SOTAP comunitario del Departamento de Correcciones del Estado de Washington, acepto lo siguiente:

1. I will attend all treatment sessions, including group and individual sessions as assigned by the program.
Asistiré a todas las sesiones de tratamiento, incluyendo las sesiones grupales e individuales asignadas por el programa.
2. I will attend all treatment sessions without being under the influence of mood altering substances, being ready and willing to learn, receive, and accept information shared by my treatment provider and fellow group members.
Asistiré a todas las sesiones de tratamiento sin estar bajo la influencia de sustancias que alteren el estado de ánimo, estando preparado y dispuesto a aprender, recibir y aceptar la información que comparta mi proveedor de tratamiento y los compañeros del grupo.
3. I will attend treatment sessions regularly and understand that excessive absences of 3 or more consecutive unexcused absences may result in my automatic unsuccessful discharge from treatment. Absences may be excused by the treatment provider after discussion for preventable situations.
Asistiré a las sesiones de tratamiento con regularidad y comprendo que las ausencias excesivas de 3 o más ausencias consecutivas no justificadas pueden dar lugar a mi baja automática del tratamiento. Las ausencias pueden ser excusadas por el proveedor de tratamiento después de tener una discusión acerca de situaciones evitables.
4. I understand I am voluntarily participating in community SOTAP and may leave the program at any time. I understand I may be unsuccessfully discharged if:

Entiendo que estoy participando voluntariamente en el SOTAP comunitario y que puedo abandonar el programa en cualquier momento. Entiendo que puedo ser dado de alta 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 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.
 - c. My behavior is consistently aggressive and/or disrupts treatment progress.
Mi comportamiento es constantemente agresivo y/o interrumpe el progreso del tratamiento.
5. I understand that if I am unsuccessfully discharged from treatment, I have the right to appeal the decision to the SOTAP director/designee. I must notify my provider within 3 business days.
Entiendo que, si se me da la baja del tratamiento sin éxito, tengo derecho a apelar la decisión ante el director/designado del SOTAP. Debo notificar a mi proveedor en un plazo de 3 días hábiles.
6. 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.
7. I will treat all others and myself with dignity and respect, holding the treatment information of others confidential. Breach of confidentiality my result in unsuccessful discharge from the treatment program following SOTAP protocol.
Trataré a todos los demás y a mí mismo con dignidad y respeto, manteniendo la confidencialidad de la información sobre el tratamiento de los demás. El incumplimiento de la confidencialidad puede dar lugar a que se me dé de baja del programa de tratamiento siguiendo el protocolo del SOTAP.

8. I will complete relationship disclosures facilitated by my treatment provider in the presence of my Community Corrections Officer who will authorize relationships with the following:
Completaré la divulgación de relaciones facilitadas por mi proveedor de tratamiento en presencia de mi Oficial Correccional de la Comunidad, quien autorizará las relaciones con los (las) siguientes:
- a. Sexual partners (before engaging in sexual activity)
Parejas sexuales (antes de iniciar actividad sexual)
 - b. Supervisors of contact/*Supervisores de contacto*
 - c. Chaperones/*Chaperons*
9. I will discuss any and all use or exposure to sexually stimulating material and experiences in treatment groups and individual therapy sessions.
Discutiré cualquier uso o exposición a material y experiencias sexualmente estimulantes en los grupos de tratamiento y en las sesiones de terapia individual.
10. I will consult with my treatment provider before engaging in any other treatment related to sexual offending and follow my treatment provider's recommendations.
Consultaré con mi proveedor de tratamiento antes de iniciar cualquier otro tratamiento relacionado con los delitos sexuales y seguiré las recomendaciones de mi proveedor de tratamiento.
11. I will consult with my treatment provider before attending any support group meetings that address sexual issues and follow my treatment provider's recommendations.
Consultaré con mi proveedor de tratamiento antes de asistir a cualquier reunión de un grupo de apoyo que aborde temas sexuales y seguiré las recomendaciones de mi proveedor de tratamiento.
12. I understand that my treatment provider will routinely consult with my Community Corrections Officer on a variety of issues that are relevant to my treatment and continued community placement and safety.
Entiendo que mi proveedor de tratamiento consultará rutinariamente con mi Oficial de Correcciones de la Comunidad sobre una variedad de asuntos que son relevantes para mi tratamiento y mi continua colocación en la comunidad y seguridad.
13. I will follow all conditions of my Judgment and Sentence.
Cumpliré todas las condiciones de mi Juicio y Sentencia.

INFORMATION SHARING AND CONFIDENTIALITY INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD
--

Information will be shared per DOC 02-025 Sex Offender Treatment and Assessment Programs Limits of Confidentiality, which has previously been explained to me and I fully understand. At the completion of community treatment, a discharge summary will be completed to evaluate progress during treatment, including information about my risk factors, protective factors, and interventions I will use to prevent new offenses.

La información se compartirá de acuerdo con la política DOC 02-025 Límites de Confidencialidad de los Programas de Tratamiento y Evaluación de Delincuentes Sexuales, los cuales que se me han explicado previamente y comprendo plenamente. Al finalizar el tratamiento comunitario, se completará un resumen de alta para evaluar el progreso durante el tratamiento, incluyendo

información sobre mis factores de riesgo, factores de protección e intervenciones que utilizaré para prevenir nuevos delitos.

By signing this form, I acknowledge that I have been made aware of the content of this treatment agreement. I understand that failure to abide by the treatment agreement may result in my unsuccessful discharge from community treatment.

Al firmar este formulario, reconozco que he sido informado del contenido de este acuerdo de tratamiento. Comprendo que el incumplimiento del acuerdo de tratamiento puede dar lugar a que se me despida por fallar al tratamiento comunitario.

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