



**ACKNOWLEDGMENT OF DRUG/
ALCOHOL TESTING – FIELD
RECONOCIMIENTO DE PRUEBAS DE DROGAS/
ALCOHOL – EN LA COMUNIDAD**

Name/Nombre

DOC number/Núm. DOC

Cause number/Núm. de causa

As a condition of your supervision, you must submit to drug/alcohol testing as directed by the Case manager. In addition to the standard conditions of supervision, the following is required:

Como una condición de su supervisión, usted tiene que someterse a pruebas de drogas/alcohol según lo indique su administrador del caso. Aparte de las condiciones normales de supervisión, se requiere lo siguiente:

1. The case manager must be able to contact you to report for testing, either directly or through a reliable person, or as otherwise arranged and agreed upon.
El administrador del caso tiene que poder contactar con usted para que se presente para una prueba, ya sea directamente o a través de una persona digna de confianza, o como ya se haya arreglado y acordado anteriormente.
2. Changes in your address, employment, or telephone number(s) must be reported to the case manager immediately.
Usted debe informar inmediatamente a su administrador del caso de cualquier cambio de domicilio, de empleo o de número(s) de teléfono.
3. When notified to report for testing, you must report on the day indicated. Testing may be required on any day of the week.
Cuando se le avisa a usted que debe presentarse para una prueba, tiene que presentarse en el día indicado. Se pueden requerir los análisis cualquier día de la semana.
4. Following notification, failure to report for testing may result in a violation of your community custody.
Después de ser notificado, si usted no se presenta para la prueba podrá resultar en una violación de su custodia en la comunidad.
5. Before testing, you must advise the case manager of any drugs, alcohol, narcotics, or medication that you are taking, whether prescribed or not. Any prescribed medicines will require written verification from your doctor prior to testing.
Antes de someterse a una prueba, usted debe avisar a su administrador del caso de cualquier droga, alcohol, narcótico o medicamento que esté tomando, ya sea recetado o no. Cualquier medicamento recetado requerirá la verificación escrita de su médico antes de la prueba.
6. You will not take any medicines or drugs prescribed for persons other than yourself.
Usted no tomará ningún medicamento o droga recetada para otra persona que no sea usted.
7. You will not ingest any items containing poppy seeds.
Usted no ingerirá ningún elemento que contenga semillas de amapola (adormidera).
8. Refusal/failure to provide a specimen within one hour may result in a violation, which may result in corresponding sanctions.
El rehusarse/no proveer una muestra dentro de una hora puede resultar en una infracción/violación, la cual puede resultar en las sanciones correspondientes.

Nothing in the above instructions is meant to interfere with legitimate medical treatment. If as a result of your drug/alcohol use withdrawal is necessary, you are urged to seek detoxification under medical supervision.

Nada en estas instrucciones tiene el objetivo de interferir con el tratamiento médico legítimo. Si, como resultado de su uso de drogas/alcohol es necesaria la abstinencia, se le anima buscar desintoxicación bajo supervisión médica.

You must call () - every day Monday through Friday between ____ and ____ to receive daily testing instructions. **Your case manager/drug testing colors is: _____**

*Llame al () - cada día de lunes a viernes entre las ____ y ____ para recibir indicaciones diarias sobre la prueba. **Su administrador del caso/color de prueba de drogas es: _____***

When your case manager/drug testing color is stated on the recording, you will report to the office between ____ and _____. If you are unable to report, you must call your case manager before ____ for instructions.

Cuando la grabación diga su administrador del caso/color de prueba de drogas, usted se presentará en la oficina entre las ____ y _____. Si usted no puede presentarse, tiene que llamar a su administrador del caso antes de las ____ para recibir instrucciones.

You cannot leave a message at the call-in number or receive the daily case manager testing color from the secretary. Do not call the office if the recording is the same as the day before.

No puede dejar un mensaje en este número o recibir el administrador del caso/color de la prueba diaria del secretario(a). No llame a la oficina si la grabación es la misma que la del día anterior.

FAILURE TO COMPLY WITH ANY OF THE ABOVE INSTRUCTIONS, REFUSAL TO SUBMIT TO TESTING, DELIBERATE EVASION, OR USE OR POSSESSION OF DEVICES OR ADDITIVES TO AVOID OR ALTER TESTING WILL RESULT IN VIOLATION PROCEEDINGS.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES, LA NEGATIVA A SOMETERSE A PRUEBAS, LA EVASIÓN DELIBERADA, O EL USO O POSESIÓN DE DISPOSITIVOS O ADITIVOS PARA EVITAR O ALTERAR LAS PRUEBAS DARÁ LUGAR A PROCEDIMIENTOS DE INFRACCIÓN.

I understand that it may be necessary for the case manager to inform my doctor of my parole/community custody and the condition to submit to drug/alcohol testing. If this occurs, a release of information will be secured before contact.

Entiendo que puede ser necesario que mi administrador del caso informe a mi médico sobre mi libertad probatoria/custodia comunitaria y de la condición de someterme a pruebas de drogas/alcohol. Si ocurre esto, se conseguirá una revelación de información antes del contacto.

I understand and agree to abide by these additional instructions as part of my supervision. I have received a copy of this acknowledgment.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en guiarme por estas instrucciones adicionales como parte de mi supervisión. He recibido una copia de este consentimiento.

Signature/Firma

Date/Fecha

Witness/Testigo

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 elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file **COPY** - Supervised individual