



**SUBSTANCE USE DISORDER
TREATMENT PARTICIPATION REQUIREMENTS
REQUISITOS DE PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO
DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

**TREATMENT PARTICIPATION EXPECTATIONS/
EXPECTATIVAS PARA LA PARTICIPACION EN EL TRATAMIENTO**

In order to participate in the Department substance use disorder treatment program, I HEREBY AGREE TO:

Para poder participar en el programa del Departamento de tratamiento del trastorno por el uso de sustancias, YO DECLARO ESTAR DE ACUERDO CON:

- Remain free of alcohol and other non-prescribed drug use and/or possession. I will provide documentation per DOC 420.380 Drug/Alcohol Testing for any prescribed medication
No usar y/o poseer alcohol y otras drogas no prescritas. Proveeré documentación, en cumplimiento con DOC 420.380 Pruebas de drogas/alcohol, para cualquier medicamento recetado.
- Participate in alcohol/drug testing per DOC 420.380 Drug/Alcohol Testing
Participar en pruebas de alcohol/drogas en cumplimiento con DOC 420.380 Pruebas de drogas/alcohol.
- Refrain from any and all criminal activity, including behaviors that may result in an infraction
Evitar toda actividad delictiva, incluyendo comportamientos que podrían resultar en una infracción
- Refrain from any physical violence, threats of physical violence, abusive arguing, or inappropriate language
Abstenerme de cualquier forma de violencia física, amenazas de violencia física, riñas abusivas o lenguaje inapropiado
- Attend all regularly scheduled individual and group treatment sessions. Unexcused absences may result in an infraction and may result in termination from treatment
Asistir a todas las sesiones de tratamiento programadas ya sean individuales o de grupo. Las ausencias no justificadas resultarán en una infracción y pueden causar el despido del tratamiento.
- Actively participate in counseling sessions and in planning and implementing my Individual Service Plans
Participar activamente en sesiones de consejería y en la planificación y puesta en práctica de mis planes Individuales de Servicio
- Ask my treatment professional to explain treatment program expectations, rights, or responsibilities that I do not fully understand, and acknowledge any difficulty I may have in reading, writing, or comprehending English
Pedir a mi consejero de tratamiento que explique las expectativas, derechos o responsabilidades del programa de tratamiento que no comprenda completamente y admitir cualquier dificultad que yo tenga para leer, escribir o entender el inglés.
- Sign and abide by DOC 14-042 Prison Drug Offender Sentencing Alternative Agreement, if sentenced to the Drug Offender Sentencing Alternative (DOSA) program. Failure to do so may result in reclassification of the DOSA sentence
Firmar y acatar el DOC 14-042 Acuerdo alternativo de condena para condenados por drogas en Prisión, si recibí Sentencia para el programa de sentencia Alternativa para Delincuentes de Drogas (DOSA). La falta de hacerlo resultará en la reclasificación de la sentencia de DOSA.
- Respect and protect the privacy, rights, and confidentiality of others. I will not discuss anything that was shared in group unless it is to report safety and security risk to the appropriate employees/contract staff
Respetar y proteger la privacidad, los derechos y la confidencialidad de otros internos. No hablaré sobre nada de lo que haya sido compartido en el grupo a menos que sea para reportar algún riesgo a la seguridad al personal apropiado/personal de contrato.
- Recognize that I am receiving treatment in a correctional setting. I understand that there may be situations in which, due to safety and security, I may be viewed by individuals not engaged in treatment
Reconocer que estoy recibiendo tratamiento en un ambiente penal. Entiendo que puede haber situaciones en las cuales, por razones de seguridad, me pueden observar personas que no participan en el tratamiento.

In order to successfully complete treatment, I HEREBY AGREE TO:

Con el fin de cumplir con el tratamiento exitosamente, ESTOY DE ACUERDO CON:

- Participate in treatment and self-help groups as agreed upon with my treatment professional and as required
Participar en el tratamiento y grupos de autoayuda tal como lo acordé con mi profesional de tratamiento y tal como se requiere.
- Complete the requirements of my Individual Service Plans with my treatment professional
Completar los requisitos de mis planes de servicio individual con mi profesional de tratamiento.
- Remain in treatment until I receive a successful completion certificate
Permanecer en tratamiento hasta que reciba un certificado de cumplimiento exitoso.

TREATMENT PARTICIPATION RIGHTS/DERECHOS DE PARTICIPACION DEL TRATAMIENTO

- Receive services without regard to race, creed, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, or disability
Recibir servicios sin consideración de raza, credo, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad o discapacidad
- Practice the religion of choice as long as the practice does not infringe on the rights and treatment of others
Practicar la religión de elección siempre que la práctica no infringe sobre los derechos y el tratamiento de los demás
- Be reasonably accommodated for disability, limited English proficiency, and/or cultural differences
Ser razonablemente acomodado debido a discapacidad, habilidad limitada del inglés, y/o a diferencias culturales
- Be treated with respect, dignity and privacy. Employees/contract staff may conduct reasonable searches to detect and prevent possession or use of contraband
Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad. Los empleados/personal de contrato podrán realizar búsquedas razonables para detectar y prevenir la posesión o uso de contrabando
- Be free of any sexual harassment/misconduct
Estar libre de cualquier tipo de acoso sexual/conducta sexual inapropiada
- Be free of exploitation, including physical and financial
Estar libre de explotación, incluida explotación financiera y física
- Have all clinical and personal information maintained in confidentiality per state and federal statute and regulation
Tener toda la información personal y clínica mantenida en confidencialidad de acuerdo a los estatutos y reglas del estado y federales
- Review my clinical record in the presence of an employee/contract staff and be given an opportunity to request corrections, if needed
Revisar mi historial médico en presencia de un empleado/personal de contrato y que se me dé una oportunidad para solicitar correcciones, si es necesario
- For DOSA individuals, appeal my termination from treatment per DOC 580.000 Substance Use Disorder Treatment Services
Para individuos en el programa DOSA, apelar mi despido del tratamiento de acuerdo con DOC 580.000 servicios de tratamiento del trastorno por uso de sustancias
- File a complaint per DOC 550.100 Offender Grievance Program
Presentar una queja de acuerdo con DOC 550.100 Programa de quejas del Interno

**GUIDELINES FOR TERMINATION FROM TREATMENT/
GUIAS PARA EL DESPIDO DEL TRATAMIENTO**

The following behaviors may result in termination, transfer to a higher level of care, or other treatment plan revision:

Los siguientes comportamientos pueden resultar en el despido, traslado a un nivel de cuidado más alto, u otra revisión del plan de tratamiento:

- Failure to abide by the treatment participation expectations
No cumplir con las expectativas de participación del tratamiento
- Possession, introduction, or use of contraband
Posesión, introducción o uso de contrabando
- Providing a positive alcohol/drug test. I understand that “positive” includes insufficient or tampered samples, failure to provide a sample, or positive tests for non-prescribed medications. Treatment professionals have the authority to dismiss individuals from class, groups, or the treatment program for a violation of these rules or “just cause”
Salir positivo en una prueba de alcohol/drogas. Entiendo que “positivo” incluye muestras insuficientes o adulteradas, la falta de proveer una muestra o pruebas positivas para medicamentos no recetados. Los profesionales del tratamiento tienen la autoridad de despedir a internos de la clase, grupos o del programa de tratamiento por quebrantar estas reglas o por “motivo fundado.”
- Possession of prescription medications not prescribed to the individual or misuse of prescribed medications
Posesión de medicamentos de receta médica no recetados al individuo o el uso inapropiado de medicamentos recetados.
- Two unexcused treatment absences, including absences due to non-mandatory callouts, within the same modality (i.e., method of treatment)
Dos faltas no justificadas al tratamiento, incluyendo ausencias por llamadas no obligatorias, dentro de la misma modalidad (o sea., método de tratamiento)
- Behavior that is harmful or disruptive to the treatment environment
Comportamiento que sea dañino o perturbador al entorno de tratamiento.
- Gang related activities or harassment of others
Actividades relacionadas con pandillas o el acoso a otros.
- Any threat or act of violence toward others or the facility
Cualquier amenaza o acto de violencia hacia otros o hacia la institución
- Possession of a weapon in group
Posesión de un arma en el grupo
- A lack of progress toward the goals of a treatment plan as determined by the primary Substance Use Disorder Professional and staffed with their supervisor
Falta de progreso hacia los objetivos del plan de tratamiento según lo determine el profesional principal de Trastorno por el Uso de Sustancias y de acuerdo con su supervisor
- Misconduct resulting in facility violations or toward others, including sexual misconduct as defined per DOC 490.800 Prison Rape Elimination Act (PREA) Prevention and Reporting.
La mala conducta que resulte en una violación a la instalación o hacia otros, incluyendo conducta sexual inapropiada como está definida de acuerdo con la política DOC 490.800 Ley de eliminación de Violaciones en Prisiones (PREA) Prevenir y Reportar
- Serious violation that results in a demotion in custody level
Infracción Grave que resulte en una democión del nivel de custodia
- Three absences within the same treatment modality. Exceptions may be allowed in the event of a legitimate, verifiable reason (e.g., injury, illness, mandatory callout that cannot be rescheduled)
Tres ausencias dentro de la misma modalidad de tratamiento. Se pueden permitir excepciones en el evento de una razón legítima y verificable (p.ej., lesión, enfermedad, llamada obligatoria que no pueda ser reprogramada)
- Failure to follow the conditions of a behavioral or therapeutic intervention (e.g., behavioral contract)
No seguir las condiciones de una intervención de comportamiento o terapéutica (p. ej., un contrato conductual)

**DOSA individuals who are terminated from treatment will be reclassified per
DOC 580.655 Drug Offender Sentencing Alternative.**

**Los individuos de DOSA quienes sean despedidos del tratamiento serán reclasificados de acuerdo a
DOC 580.655 Sentencia Alternativa para Delincuentes de Drogas.**

I am refusing to participate in treatment. I understand refusing to sign this agreement will result in a denial of services and will be considered failure to program, which may lead to a custody level demotion. I understand I may change my mind at any time and request treatment services.

Me niego a participar en el tratamiento. Entiendo que negarme a firmar este acuerdo resultará en la denegación de los servicios y se considerará como un fracaso del programa, lo que puede llevar a una degradación del nivel de custodia. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar servicios de tratamiento.

I am refusing treatment for the following reason(s)/*Me niego al tratamiento por las siguiente(s) razón(es):*

I acknowledge that I have read, or had read to me, and agree to the participation requirements and consent to participate in treatment./*Yo reconozco que he leído, o me han leído, y estoy de acuerdo con los requisitos de participación y consiento en participar en el tratamiento.*

_____ Name/ <i>Nombre</i>	_____ Signature/ <i>Firma</i>	_____ DOC Number <i>Número DOC</i>	_____ Date/ <i>Fecha</i>
------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------

_____ Substance Use Disorder Professional <i>Profesional de Trastorno por Uso de Sustancias</i>	_____ Signature/ <i>Firma</i>	_____ Date/ <i>Fecha</i>
---	----------------------------------	-----------------------------

_____ Witness, required if refused to sign <i>Testigo, Requerido si se rehúsa a firmar</i>	_____ Signature/ <i>Firma</i>	_____ Date/ <i>Fecha</i>
--	----------------------------------	-----------------------------

The records contained herein are protected by Federal Confidentiality Regulations 42 CFR Part 2. The Federal rules prohibit further disclosure of this information to parties outside of the Department of Corrections unless such disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2.

Los registros aquí incluidos están protegidos por Reglamentos Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2. Las reglas federales prohíben revelaciones posteriores de esta información a partes fuera del Departamento de Correcciones a menos que la persona de la cual es la información permita tales revelaciones expresamente por escrito o sea permitido de otro modo por 42 CFR Parte 2.

Distribution: **ORIGINAL** - Clinical File **COPY** - Incarcerated individual