

# OFICINA DEL COMISARIO DEL CONDADO DE UTAH

## Utah County Probation (Libertad Condicional del Condado de Utah)



### UCP - Acuerdo de supervisión del cumplimiento de la sentencia

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que fui declarado culpable en el caso n.º \_\_\_\_\_, con la máxima sentencia impuesta. Aún me queda pendiente la compleción de la libertad condicional. Se me ordenó que completara el Programa de Libertad Condicional del Condado de Utah (*Utah County Probation*, UCP). Comprendo que debo cumplir estrictamente con la orden judicial y las condiciones de supervisión de la UCP, incluidas, a título enunciativo, las siguientes:

1. **Inicial** \_\_\_ Residir de forma permanente en el condado de Utah durante todo el período de libertad condicional.
2. **Inicial** \_\_\_ No salir del condado de Utah sin la autorización previa del personal de la UCP.
3. **Inicial** \_\_\_ No salir del estado de Utah sin la autorización previa del personal de la UCP.
4. **Inicial** \_\_\_ No infringir ninguna ley del municipio, el condado, el estado o la nación, ni ser declarado culpable de violar ninguna de estas leyes, y notificar a la UCP en el plazo de 72 horas de cualquier arresto, citación, acusación o condena en relación con una presunta violación de la ley.
5. **Inicial** \_\_\_ Notificar a la UCP en todo momento, por escrito, de mi dirección residencial y número de teléfono actuales, y notificar a la UCP y al tribunal en el plazo de 24 horas de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.
6. **Inicial** \_\_\_ Comparecer de forma puntual a todas las audiencias que el tribunal o la UCP programen para mi caso, ya sea que se me haya notificado en persona, por correo, por citación, por orden de detención o por llamada telefónica a mi número de teléfono. Declarar bajo juramento acerca de mi cumplimiento o violación de las condiciones de este acuerdo.
7. **Inicial** \_\_\_ Si me recetan cualquier medicamento durante el plazo de este acuerdo, deberé cumplir con los requisitos del Manual de la UCP sobre "Proveedores de atención médica que emiten recetas", de la página \_\_\_.
8. **Inicial** \_\_\_ Acepto tomar todos los medicamentos recetados según lo indique el profesional médico que recete el medicamento.
9. **Inicial** \_\_\_ Acepto no obtener ni tomar ningún medicamento hasta haber obtenido la aprobación de la UCP (salvo en caso de enfermedades o lesiones mortales y urgentes).
10. **Inicial** \_\_\_ Abstenerse completamente de consumir alcohol o sustancias controladas no recetadas y no frecuentar lugares donde el alcohol sea el principal producto a la venta.
11. **Inicial** \_\_\_ Someterse a todas las evaluaciones de consumo de sustancias, salud mental o de otro tipo de forma oportuna.

# OFICINA DEL COMISARIO DEL CONDADO DE UTAH

## Utah County Probation (Libertad Condicional del Condado de Utah)

12. **Inicial**\_\_\_\_ Ingresar en todas las clases y los tratamientos recomendados por la UCP o mis evaluaciones de consumo de sustancia o salud mental y completarlos. Pagar a tiempo cualquier tratamiento no financiado por el condado de Utah.
13. **Inicial**\_\_\_\_ Enviar pruebas aleatorias de detección de consumo de alcohol y drogas en los horarios, las frecuencias y las ubicaciones que indique la UCP o el proveedor de mi tratamiento. Pagar a tiempo todas las pruebas de detección de consumo de alcohol y drogas no financiadas por la UCP.
14. **Inicial**\_\_\_\_ Si corresponde, pagar cualquier restitución ordenada por el tribunal según este lo indique.
15. **Inicial**\_\_\_\_ Pagar todos los honorarios de la UCP que indique el tribunal.
16. **Inicial**\_\_\_\_ Obtener o mantener una escolarización o un empleo a tiempo completo, salvo que la UCP apruebe una excepción por motivos de cuidado necesario de dependientes o discapacidad del acusado.
17. **Inicial**\_\_\_\_ Completar todos los requisitos educativos que ordene el tribunal o la UCP.
18. **Inicial**\_\_\_\_ Permitir que el personal de la UCP visite mi lugar de residencia, mi lugar de trabajo o cualquier otro lugar para garantizar el cumplimiento de las condiciones de este acuerdo. No interferiré con este requisito teniendo perros bravos o puertas de seguridad perimetrales ni negándome a abrir la puerta, etc.
19. **Inicial**\_\_\_\_ Cumplir con el toque de queda determinado por la UCP.
20. **Inicial**\_\_\_\_ Someterme a los servicios de gestión de casos o supervisión electrónica mediante dispositivos móviles según lo ordene la UCP y pagar todos los honorarios correspondientes.
21. **Inicial**\_\_\_\_ Cumplir las reglas del Programa de GPS de la Oficina del Comisario del Condado de Utah, en caso de que la UCP determine que se necesita una tobillera de monitoreo.

Al estampar mi firma en este acuerdo, comprendo que si violo alguna de las condiciones especificadas anteriormente, puedo ser eliminado del Programa de UCP, el tribunal puede revocar mi acuerdo de suspensión de juicio a prueba, se puede ejecutar una sentencia condenatoria por los cargos de los que me declaré culpable y se puede imponer una sentencia que incluya tiempo en prisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la UCP

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OFICINA DEL COMISARIO DEL CONDADO DE UTAH**  
**Utah County Probation (Libertad Condicional del Condado de Utah)**



**AUTORIZACIÓN PARA REGISTRAR DISPOSITIVOS**

Yo, \_\_\_\_\_, recibí un pedido por parte del personal de la Libertad Condicional del Condado de Utah (UCP) de permitir, durante mi período de libertad condicional, que los funcionarios de la UCP o sus designados registren todas las computadoras, medios o sistemas electrónicos o de recuperación, dispositivos periféricos de computadoras, teléfonos celulares, cámaras y otros medios o dispositivos de grabación que poseo, que controlo o al que tengo acceso, en busca de cualquier tipo de prueba de un delito o cualquier otra violación de las condiciones de mi libertad condicional.

De este modo, autorizo a los funcionarios de la UCP o sus designados a tomar cualquier prueba descubierta durante el registro, junto con el medio en que esté almacenada, y cualquier dato, hardware, software, dispositivo periférico de computadora, dispositivo de almacenamiento de datos o cualquier otro medio de almacenamiento asociados.

Se me informó acerca de mi derecho a negar mi consentimiento para los registros y di mi permiso para que se lleven a cabo, de manera libre y por voluntad propia, sin amenazas ni promesas de ningún tipo.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la UCP

\_\_\_\_\_  
Fecha

# OFICINA DEL COMISARIO DEL CONDADO DE UTAH

## Utah County Probation (Libertad Condicional del Condado de Utah)



### Autorización para divulgar información

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento para el intercambio de información verbal y escrita entre la Libertad Condicional del Condado de Utah y las siguientes agencias:

<input checked="" type="checkbox"/> Órganos policiales	<input checked="" type="checkbox"/> Sistema judicial	<input checked="" type="checkbox"/> Wasatch Behavioral Health
<input checked="" type="checkbox"/> Correccionales o prisiones del condado de Utah	<input checked="" type="checkbox"/> Fiscales	<input checked="" type="checkbox"/> DCFS
<input checked="" type="checkbox"/> Sistema de período de prueba y libertad condicional para adultos ( <i>Adult Probation &amp; Parole</i> )	<input checked="" type="checkbox"/> Asociación de Defensores Legales	
<input type="checkbox"/> Otra: (sea específico) _____		

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación: \_\_\_\_\_

### ESTA AUTORIZACIÓN SE APLICA A LOS SIGUIENTES TIPOS DE INFORMACIÓN, SEGÚN SE INDICA A CONTINUACIÓN:

- Salud mental/abuso de sustancias
- Registros/asuntos legales
- Datos de prisión/custodia
- Diagnóstico y tratamiento de salud mental
- Asistencia y progreso en el tratamiento
- Resultados de las pruebas de detección de drogas
- Tratamiento para drogas y alcohol, incluida la información sobre medicamentos recetados. (Entiendo que esta información está protegida conforme al Código de Reglamentos Federales [*Code of Federal Regulation, CFR*], Título 42, Volumen 1, Parte 2 y el CFR, Título 45, Parte 160 y 164, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud en Estados Unidos [*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*]).
- Otros motivos: comunicación bidireccional

### Entiendo que esta divulgación es para comunicarme con las agencias mencionadas anteriormente sobre mi asistencia, progreso y cumplimiento de los requisitos de mi libertad condicional ordenada por el tribunal. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Esta información está clasificada como "privada" y toda persona y organización están obligadas a tratarla como información confidencial, de conformidad con la Ley de Gestión de Acceso a Registros Gubernamentales (*Government Records Access Management Act, GRAMA*).
- De conformidad con la GRAMA, esta información puede compartirse con otras organizaciones gubernamentales sin una divulgación de información.
- Entiendo que mis registros pueden estar protegidos conforme a los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes que presentan consumo de alcohol y drogas, CFR, Título 42, Volumen 1, Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que los reglamentos establezcan lo contrario.
- Entiendo que mi consentimiento no es necesario para compartir esta información relacionada con mi caso en la División de Libertad Condicional del Condado de Utah.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización mediante solicitud por escrito en cualquier momento, salvo que ya se hayan tomado las medidas.
- Comprendo que esta autorización vence automáticamente en el momento en que se desestimen los cargos, se complete la adjudicación de mi caso o complete el Programa de UCP.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la UCP

\_\_\_\_\_  
Fecha

151 S University Ave. Suite 3100, Provo, UT 84601

Teléfono: (801) 851-4041