Informe mensual de libertad condicional y libertad condicional de Hood River

(Por favor, responda a todas las preguntas)

La siguiente información corresponde al mes de Diciembre Nombre de la oficina Shaun Anderson

Delincuente Sexual / Violencia Doméstica y Cumplimiento de Supervisión (pasado y presente):

Tratamiento Proveedor_____ Consejero_____

Fecha en que comenzó el tratamiento _____ Fecha del último tratamiento _____ Fecha de graduación del tratamiento _____

¿Vives con tú víctima? ☐Si ☐ No En caso afirmativo, fecha de la aclaración _____ Aprobado por:_____

☐Si ☐No ¿Hay alguien con quien te gustaría pasar más tiempo que tú?
☐Si ☐No Me encontré en lugares donde hay personas que no debería estar mirando.
☐Si ☐No Él caminado o conducido solo para mirar a las personas que encuentro atractivas.
☐Si ☐No He estado en contacto con mi(s) víctima(s) sin PO y aprobación del terapeuta.
☐Si ☐No He estado en una o más situaciones en las que no esperaba que hubiera niños.
☐Si ☐No Desde la última vez que nos vimos, ¿alguna vez has sentido que ibas a "perderlo"?
☐Si ☐No Me he estado sintiendo impotente y sin esperanza.
☐Si ☐No Siento que el tratamiento nunca me ayudará
☐Si ☐No No importa cuánto trabajo, parece que el tratamiento es demasiado difícil.
☐Si ☐No He tenido pensamientos o planes para suicidarme.

☐Si ☐ No He rechazado invitaciones de otros para hacer cosas divertidas.
☐Si ☐ No No he hecho nada divertido o interesante en el último mes.
☐Si ☐ No He tenido una o más discusiones con mi familiar este mes.
☐Si ☐ No He estado cerca de amigos con los que puedo contar para ver siempre las cosas a mi manera.
☐Si ☐ No He tenido problemas con un cónyuge o novia / novio este último mes.
☐Si ☐ No Mi cónyuge o pareja ha estado muy molesto conmigo.
☐Si ☐ No Mi cónyuge o pareja no me ha estado ayudando.
☐Si ☐ No Parece que todo lo que mi cónyuge / pareja y yo hacemos ya no estamos de acuerdo.
☐Si ☐ No He tenido una o más discusiones con mi empleador este último mes.
☐Si ☐No He tenido pensamientos o planes de matar o lastimar a otra persona.

¿Cuál es la conversación más agradable que tuviste con alguien desde la última vez que nos vimos? _____

Desde la última vez que nos vimos, ¿ha habido algo que te haya hecho enojar? _____

¿Cómo manejaste la ira?_____

De las cosas que te enojaron desde la última vez que hablamos, ¿alguna de ellas involucró al sexo opuesto? No ¿Quién? _____

☐Si ☐ No ¿He tenido pensamientos sexuales que no puedo controlar?
☐Si ☐ No Cuando las cosas van mal, ¿me encuentro teniendo pensamientos sexuales?
☐Si ☐ No Desde la última vez que nos vimos, ¿has sentido que la tensión sexual se acumula dentro de ti?
☐Si ☐ No Me parece que estoy pensando en el sexo gran parte del tiempo.
☐Si ☐No He comprado, alquilado o visto materiales de orientación sexual.
☐Si ☐ No Parece que no puedo dejar de pensar en mi(s) víctima(s) el mes pasado.
☐Si ☐No Tuve al menos una semana este último mes cuando me masturbé 4 o más veces.
☐Si ☐No He sentido la fuerte necesidad de comprar, alquilar o ver materiales de orientación sexual.
☐Si ☐No He tenido fantasías que serían una ofensa sexual si realmente las hiciera.

¿Qué tan importante es el sexo para ti en estos días? _____

☐Si ☐No He tenido una o más discusiones con mi terapeuta / PO este último mes.
☐Si ☐No Mi PO y / o terapeuta me han estado molestando sin ninguna buena razón.
☐Si ☐No Puedo cuidar de mí mismo sin la participación de PO o terapeuta en mi vida.
☐Si ☐No He perdido por completo una o más citas con mi PO / terapeuta.
☐Si ☐No He llegado más de cinco minutos tarde a una cita con mi PO.
☐Si ☐No He llegado más de cinco minutos tarde a una sesión de terapia.
☐Si ☐No Más de una vez, he pospuesto las asignaciones de tratamiento.
☐Si ☐No He reprogramado o no me he presentado para mi polígrafo programado.
☐Si ☐No He mentido a mi PO y terapeuta y no he cumplido con las directivas.

¿Cómo me siento acerca de la supervisión?_____

Polígrafo (pasado y presente):

¿Fecha de su último polígrafo? _____ ☐ Pasar ☐Fallar ☐Inconcluyente Examinador de polígrafo _____

¿Ha completado un polígrafo de divulgación completa? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, fecha en que completó _____

Abuso de drogas y alcohol (pasado y presente):

Proveedor de tratamiento de drogas y alcohol _____Consejero _____

Fecha en que comenzó el tratamiento _____ Fecha del último tratamiento atendido _____ Fecha de graduación _____

☐ Si ☐No He sentido una fuerte necesidad de beber o usar drogas.
☐ Si ☐No He consumido alcohol o drogas ilegales en el último mes.

¿Cómo te sentías antes de beber/consumir? _____

☐Si ☐No He estado en lugares donde se consumía alcohol o drogas.
☐Si ☐No No he ido a las reuniones de tratamiento de AA / NA, aunque debería.

¿Con quién estabas? _____

Salud mental / física:

Trabajador Social / Doctor: _____Lista de medicamentos/Dosificación_____

_____

Empleo/Educación y Finanzas *¿Algún cambio?* ☐ Si - *Rellene a continuación* ☐No - *Saltar sección*

Empleador/Universidad _____Dirección_____

Supervisor de Trabajo_____ Asesor Escolar _____ Teléfono _____

Trabajo/Crédito Horas por semana _____ Pago por hora $_____ Otros ingresos $_____ Ingresos netos mensuales $_____

Alquiler / Pago de la casa $_____ Transporte $_____ Víveres /Utilidades $_____ Otro $_____ ¿A cuántos apoyas?_____

Manutención de los hijos $_____ por mes. ¿Estás al día? ☐Si ☐ No Si no, ¿qué tan atrasado estás?_____

☐ Si ☐No No he podido pagar mi alquiler o hipoteca a tiempo. ☐Si ☐No Estoy atrasado en el pago del tratamiento por más de $200.00.

☐ Si ☐No No he tenido suficiente dinero para comprar artículos importantes (alimentos) o pagar facturas importantes (servicios respúblicos).

Situación de vida actual/Transporte:

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Otro:_____ ☐ Compra ☐ Alquiler ☐ Arrendamiento ☐ Abordaje

¿Con quién vives?_____¿Relación?_____ Teléfono (Hogar/Celular)_____

Dirección física_____Dirección postal _____

Ciudad_____ Estado_____Código postal _____

¿Tiene una licencia de conducir válida? ☐Si ☐ No en caso afirmativo, número de licencia de conducir _____

Marca de coches_____ Modelo _____ Año_____ Color_____ Matrícula _____

¿Sus vehículos están asegurados? ☐ Si ☐No Compañía de seguros _____ Número de póliza_____

CUALQUIER DECLARACIÓN QUE HAYA HECHO QUE LUEGO SE DESCUBRA QUE ES FALSA PUEDE RESULTAR EN UNA VIOLACIÓN DE SU SUPERVISIÓN.

_____ _____ _____ _____

Imprimir nombre Fecha Firma Fecha

Enviar a J Hepner | Enviar a S Anderson | Enviar a C Ramirez