

Matt English  
 Sheriff  
 Brian Rocket  
 Undersheriff  
 Jamie Hepner  
 Commander



Shaun Anderson  
 Parole/Probation Deputy  
 Chelo Ramirez  
 Parole/Probation Deputy  
 Doug Farris  
 Parole/Probation Deputy  
 Tammy Hughes  
 Corrections Tech

Hood River County Sheriff's Office  
 Parole/Probation Division  
 309 State Street  
 Hood River OR, 97031  
 (541)387-6862

## Probation/Post Prison Formulario de Historia Personal

FECHA:	Numero de Seguro Social:	(SSN puede ser usado para el propósito de colección)
--------	--------------------------	--

NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO:	
TELEFONO DE CASA:	CELULAR:	NUMERO DE MESSAGE:	
DOMICILIO:	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
DOMICILIO DONDE RECIBE CORREO:		ESTADO	CODIGO
LUGAR DE NACIMIENTO:	ALTURA:	PESO:	COLOR DE OJOS:      COLOR DE PELO:
CORREO ELECTRONICO:			
LISTE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR Y LA RELACION CON CADA UNO DE ELLOS:			

NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA:	RELACION:	TELEFONO:
--	-----------	-----------

**Ingresos:**

FUENTE DE INGRESOS:	CANTIDAD:
FUENTE DE INGRESOS:	CANTIDAD:
SI HAY INGRESOS, NOMBRE DE EMPLEADOR:	
DIRECCION DE EMPLEADOR:	NUMERO TELEFONICO:
CUANTAS HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE?	PAGO POR HORA/MES:

**Transportacion:**

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCTOR:	ESTADO:	ES VALIDA?
AÑO:      MARCA:      MODELO:      COLOR:      # DE PLACAS:		
AÑO:      MARCA:      MODELO:      COLOR:      # DE PLACAS:		

ESTA BAJO SUPERVISION?	OFICIAL DE VIGILANCIA:
EN QUE CORTE SE PRESENTO?	NOMBRE DEL JUEZ?
DE QUE FUE SENTENCIADO?	NOMBRE DE ABOGADO?

<b>COMENTARIOS:</b>
---------------------

**Oficina del Sheriff del Condado de Hood River**  
**División de Libertad Condicional/Probación**

309 State Street, Hood River, OR 97031  
Phone (541) 387-6862

**FORMULARIO DE HISTORIA PERSONAL**

*POR FAVOR, IMPRIMA. Tenga en cuenta que toda la información será tratada confidencial*

**INFORMACION PERSONAL ADICIONAL:**

Por favor, enumere todas las cicatrices, marcas y tatuajes y lo que son: (ejemplo: tat l brazo – águila, bufanda r pantorrilla – 2 pulgadas, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en la dirección que aparece en el formulario de admisión? \_\_\_\_\_

Número de dirección cambiada en el último año? \_\_\_\_\_

Enumere otros estados en los que ha vivido: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está involucrado o recibe servicios de cualquier otra agencia? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR/MARITAL:**

Nombre del cónyuge/pareja

actual: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su relación (por favor circule uno): gran buen promedio pobre

¿Su pareja tiene antecedentes penales o actualmente está involucrada en el sistema de justicia penal?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los niños: \_\_\_\_\_

Si son niños menores de edad, ¿están en el hogar? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

¿El Departamento de Menores supervisa a sus hijos? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor

explain \_\_\_\_\_

Enumere las actividades que realice en

familia: \_\_\_\_\_

Lista de matrimonios anteriores (incluya el nombre del ex cónyuge y la fecha del matrimonio)

¿Estaban/están sus familiares en libertad condicional? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de hermanos/hermanas: \_\_\_\_\_

¿Mantienes contacto con los miembros de la familia? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nombre 5 personas para contactar en caso de emergencia e incluya sus números de teléfono:**

**CRIMEN ACTUAL DE LA CONDENA/HISTORIA CRIMINAL:**

Enumere sus adjudicaciones juveniles anteriores: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te supervisó la justicia juvenil o la OYA? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿para qué

crimen? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fue arrestado cuando es menor de 18 años? \_\_\_\_\_

Haz una lista de tus convicciones adultas anteriores: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han encarcelado? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If Sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido arrestado por un crimen relacionado con asaltos? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te arrestaron por violencia doméstica? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te arrestaron por un crimen de armas? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explica tu convicción actual con tus propias

palabras: \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué te parece ser puesto en libertad condicional? \_\_\_\_\_

¿Estaba bajo la influencia de intoxicantes en el momento del incidente? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, what? \_\_\_\_\_

Do you have pending charges? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**EMPLEO/EDUCACION:**

Empleador actual: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Título del  
trabajo: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_ Cambio: \_\_\_\_\_ Salarios: \_\_\_\_\_ por  
hr/semana/mo \_\_\_\_\_

Duración del empleo: \_\_\_\_\_ Do te llevas bien con tu jefe? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Estás asistiendo a la escuela? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If sí, donde? \_\_\_\_\_

Si no trabaja o asiste a la escuela, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

Tres empleadores anteriores: \_\_\_\_\_

---

---

Fechas y duración de cada

trabajo: \_\_\_\_\_

---

¿Alguna vez te han despedido de un trabajo? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Si es así, ¿por qué?

¿El último grado completado? \_\_\_\_\_ High Graduado de la Escuela/GED? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Formación especializada, certificaciones, título universitario? Yes \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo

list \_\_\_\_\_

¿Experiencia militar? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If sí, lista las fechas y la descarga

status \_\_\_\_\_

---

**OBLIGACIONES FINANCIERAS ACTUALES:**

Pago de alquiler/casa: \$ \_\_\_\_\_ Manutención de niños: \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos/cable/teléfono: \$ \_\_\_\_\_ Comida: \$ \_\_\_\_\_

Transporte: \$ \_\_\_\_\_ Préstamos: \$ \_\_\_\_\_

Gastos de la corte: \$ \_\_\_\_\_ Otro: \$ \_\_\_\_\_

**APOYO FINANCIERO ACTUAL:**

Empleo: \$ \_\_\_\_\_ AFS/Food Stamps: \$ \_\_\_\_\_

WIC/Manutención de niños: \$ \_\_\_\_\_ SSI/Disability: \$ \_\_\_\_\_

Vivienda Pública: \$ \_\_\_\_\_ Otro: \$ \_\_\_\_\_

¿Los gastos mensuales superan rutinariamente los ingresos mensuales totales? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguno de los siguientes ha pagado los gastos en exceso? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, marque la casilla (s) a continuación:

1. Empeño de propiedad personal
2. Ventas de medicamentos
3. Préstamos de la familia
4. Otros crímenes
5. Otro

**HISTORIA DE ALCOHOL/DRUG:**

¿Cuántos años tenías cuando bebiste alcohol por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que biste una copa? \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas sueles tomar cada vez que bebes? \_\_\_\_\_

En los últimos 30 días, ¿cuántos días bebiste? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de alcoholismo en tu familia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Crees que alguna vez has abusado del alcohol? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud relacionado con el abuso del alcohol? \_\_\_\_\_

Si es así, por favor, enumere: \_\_\_\_\_

**Drogas: \_\_\_\_\_ Edad en el primer uso \_\_\_\_\_ Fecha del último uso \_\_\_\_\_ ¿Usas diariamente?**

Marihuana \_\_\_\_\_

Cocaína \_\_\_\_\_

Crack Cocaína \_\_\_\_\_

Heroína \_\_\_\_\_

Metanfetamina, manivela \_\_\_\_\_

---

Velocidad, Hielo \_\_\_\_\_

Receta \_\_\_\_\_

Inhalantes \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

En los últimos 30 días, ¿cuántos días usaste drogas? \_\_\_\_\_

¿Qué drogas usas con una aguja? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de abuso de drogas en su familia? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

¿Crees que alguna vez has abusado o sido adicto a las drogas? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud relacionado con el abuso de drogas? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor

list \_\_\_\_\_

### **AFILIACION DE GANG:**

Por favor, enumere cualquier afiliación de pandilla presente o pasada (ver definición): \_\_\_\_\_

*"Una pandilla es un grupo de tres o más personas que tienen un signo, símbolo o nombre de identificación común, o cuyo miembro participa individual o colectivamente o ha participado en un patrón de actividad criminal creando una atmósfera de miedo e intimidación con la comunidad".*

### **Compañeros:**

¿Alguno de tus amigos tiene historias criminales? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

¿Cuántos de tus amigos cercanos tienen antecedentes con abuso de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

¿Tus amigos estaban bajo supervisión? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

En caso afirmativo, list: \_\_\_\_\_

### **SISTEMA DE APOYO:**

¿Cuántos amigos cercanos tienes? \_\_\_\_\_

¿Cuántos de tus amigos cercanos no usan sustancias controladas? \_\_\_\_\_

¿Cuántos de sus amigos cercanos **nunca** han estado en libertad condicional? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE SALUD MENTAL Y Física:**

¿Has visto a un profesional de salud mental en el pasado? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

¿Tienes un Diagnóstico de Salud Mental? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál es su diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado por un problema de salud mental? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione detalles:\_\_\_\_\_

¿Quieres hablar con un profesional de Salud Mental? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

¿Tienes problemas físicos recurrentes? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione detalles:\_\_\_\_\_

¿Puede proporcionar documentación médica? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos recetados? Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué?\_\_\_\_\_

¿Fue abusado mental, física o sexualmente cuando era niño o adulto? Sí \_\_\_No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿está interesado en obtener asistencia para gestionar los resultados derivados de este abuso?  
Yes\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AFIRMO QUE HE RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS,  
Y HE RESPONDIDO SINCERAMENTE A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona bajo Fecha de supervisión

## Condiciones Generales de Libertad Condicional

1. Pagar costos de supervisión, multas, restitución u otras cuotas ordenadas por la corte.
2. No usar o poseer sustancias controladas excepto de acuerdo con una receta médica.
3. Someterse a un análisis o examen de aliento o de orina para uso de sustancias controladas o alcohol si la persona bajo libertad condicional tiene historia de abuso de sustancias o si hay sospecha razonable de que la persona bajo libertad condicional ha usado sustancias controladas ilegalmente.
4. Participar en una evaluación de sustancias controladas tal como indicado por el oficial de supervisión y seguir las recomendaciones del evaluador si hay causa razonable para creer que hay una historia de abuso de sustancias.
5. Permanecer en el Estado de Oregon hasta que el permiso por escrito para salir es otorgado por el Departamento de Correcciones o una agencia de correcciones comunitaria del condado.
6. Si esta físicamente capacitado, buscare y mantendrá empleo de tiempo completo, o estudios aprobados, o una combinación de los ambos equivaliendo a tiempo completo. Cualquier exención de este requisito debe basarse en una conclusión de la corte que indique los motivos de la exención.
7. No cambiar de empleo o domicilio sin el permiso de antemano de Departamento de Correcciones o una agencia de correcciones comunitaria del condado.
8. Permitir que el oficial de supervisión visite a la persona en libertad condicional o su lugar de trabajo o domicilio y revisar las aéreas comunes y los cuartos en el domicilio que sean ocupados por o estén bajo el control de la persona bajo libertad condicional.
9. Consentir al registro de su persona, vehículo o local cuando se lo pida un representante del oficial de supervisión si el oficial de supervisión tiene base razonable para creer que se encontrara evidencia de que ha violado las condiciones, y someterse a que se le tomen las huellas digitales o fotografía, o ambas, cuando se lo pida el Departamento de Correcciones o una agencia de correcciones comunitaria del condado para propósitos de supervisión.
10. Obedecer todas las leyes, municipales, del condado, estatales y federales.
11. Prontamente y con la verdad contestar toda interrogación por el Departamento de Correcciones o una agencia de correcciones comunitaria del condado.
12. No poseer armas, armas de fuego o animales peligrosos.
13. Reportar como necesario y cumplir con la dirección del oficial de supervisión.
14. Si está bajo supervisión de, o previamente ha sido condenado de una ofensa sexual bajo ORS 163.305 a ORS 163.467, y si lo recomienda el oficial de supervisión, terminar con éxito un programa de tratamiento para ofensores sexuales aprobado por el oficial de supervisión y someterse a exámenes de polígrafo (detector de mentiras) bajo la dirección del oficial de supervisión.
15. Participar en una evaluación para salud mental como lo dirija el oficial de supervisión y seguir la recomendación del evaluador.
16. Si es un requisito que usted se reporte como un ofensor sexual bajo ORS 181.596, debe reportarse con el Departamento de Policía de Estado, el jefe de policía, el alguacil del condado o la agencia supervisora; (A) al comienzo de la supervisión; (B) dentro de 10 días de mudarse de domicilio; y (C) una vez al año dentro de 10 días de la fecha de nacimiento de la persona bajo libertad condicional.
17. Someterse a una evaluación de riesgos y necesidades como se indica por el supervisor.

---

Firma de la persona bajo supervisión

Fecha

---

Testigo

Fecha



**HOOD RIVER COUNTY  
COMMUNITY JUSTICE  
Costos de Servicios**

Todas las multas agregadas pueden ser pagadas con Money Orders, cheques de banco o en efectivo. Por favor de pagar en la cantidad exacta no tenemos cambio. No aceptemos cheques personales.

Costo de supervisión(ORE 423.570)	\$35.00 <b>Necesita pagar lo antes del 20 de cada mes</b>
ADN (análisis de saliva)	\$15.00
Costo de la aplicación para Compact Copias	\$75.00
Servicio a la comunidad (Seguro de Trabajo)	\$.25 por pagina mas \$5.00 por el procesamiento
Servicio a la comunidad (Seguro de trabajo)	\$25.00 Clientes supervisados. Cada vece que tenga una violación de las condiciones
Aplicación para hacer el Servicio a la comunidad en otro condado	\$25.00 Clientes que no son supervisados, por cada aplicación
Arresto domiciliario	\$25.00 Por cada aplicación.
Arresto Domiciliario	\$50.00 Para la instalación
Arresto Domiciliario	\$10.00 Por cada día
Análisis de orina	\$15.00 Por cada día para clientes no supervisados
ETG Prueba para el consumo de Alcohol	\$15.00 Por cada análisis
Conversión a multa	\$25 Por cada prueba
	La cantidad será basada en el pago mínimo del estado de Oregon

Al firmar esta forma, usted esta autorizando Hood River County Community Justice dar su domicilio, número de teléfono y seguro social a una agencia de Colecciones. Si es que usted tiene una cuenta con balance cuando si termine su Supervisión.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
SID:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Oficial de Vigilancia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**HOOD RIVER COUNTY SHERIFF'S OFFICE  
PAROLE/PROBATION ADULT DIVISION**

**AGREEMENT TO RETURN  
(WAIVER OF EXTRADITION)**

Name: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

SID: \_\_\_\_\_ Docket: \_\_\_\_\_

---

---

In consideration of being granted probation / parole in the court cases listed above and especially being granted the privilege to leave the State of Oregon, I, \_\_\_\_\_ do hereby agree:

- 1) That I will comply with the conditions of probation/parole/PPS as fixed by the State of Oregon in ORS 137.540 or ORS 144.102.
- 2) That I will, when instructed by a duly authorized agent of Hood River County Community Corrections or any other county community corrections agency return to the State of Oregon at any time.
- 3) That I hereby do waive extradition to the State of Oregon from any jurisdiction in or outside the United States Of America where I may be found, and also agree that I will not contest any effort by any jurisdiction to return me to the State Of Oregon.
- 4) Failure to comply with sections 1 or 2 above, will be deemed to be a violation of the terms and conditions of probation / parole, for which I may be returned to the State of Oregon.

**NOTICE**

GRIEVANCE: ORS 423.060, ACA Standard 2-3149, and OAR 291-109-005 through 291-109-060 provide a procedure to grieve alleged unfair or erroneous decisions or actions by your Parole/Probation Officer. The procedure requires a written complaint to the Officer's supervisor. A copy of grievance procedures will be made available upon your request.

\_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Supervising Officer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# HOOD RIVER COUNTY COMMUNITY CORRECTIONS

ACTA FEDERAL DE ARMAS DE FUEGO (TITULO 18, USO, SECCION 1202)

Name: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

SID: \_\_\_\_\_ Docket: \_\_\_\_\_

En 1968, una Ley Federal fue legislada la cual prohíbe a cualquier individuo que haya sido acusado por felonía, portar o recibir un arma de fuego o recibir explosivos. La ley del revolver se aplicaría si usted ha:

- 1) sido condenado por una felonía.
- 2) sido expulsados de las fuerzas armadas en forma deshonorable
- 3) sido declarado por la Corte como incompetente mentalmente
- 4) sido un ciudadano de los Estados Unidos y renunció a su ciudadanía.
- 5) sido un inmigrante ilegal en los Estados Unidos.

“Felonía” significa cualquier ofensa castigada con prisión por un término de un año. Esto no incluye cualquier ofensa, sino en la que este envuelta por portar un arma de fuego o explosivos, clasificado como un crimen menor y con una sentencia en la prisión por dos años o menos.

“Arma de Fuego” significa cualquier arma la cual es designada a disparar un proyectil por una acción de un explosivo; el marco o receptor de cualquier arma o cualquier mofler de arma de fuego o un arma de fuego silenciadora. Incluye cualquier pistola, rifle o escopeta.

Los Estatutos del Estado de Oregon, ORS 166.270, prohíben a cualquier acusado de felonía de poseer o ser dueño de cualquier arma de fuego. Un convicto de este cargo es culpable de ser exconvicto en posesión de un arma de fuego.

El “Acta de Control del Revolver” de 1968 no tiene provisiones para cierta gente para solicitar al gobierno evadir esta ley. La evasión de esta ley no está garantizada sin una investigación minuciosa y el individuo debe estar liberado de probación o libertad vigilada por lo menos por dos años antes de que su caso sea considerado. Cualquier convicto de una ofensa en la cual un arma de fuego haya sido usada, no será elegible para dicha evasión. La falla a cumplir puede resultar en una nueva convicción con una multa y/o prisión, así como también la violación de su probación/parole.

La firma abajo indica que ha sido informado de la Ley Federal del Revolver y los Estatutos del Estado relacionado a los convictos.

=====

### N O T A

OFENSA: ORS 423.060, ACA Standard 2-3149, y el Reglamento de la División de Correcciones provee un procedimiento para agraviar las decisiones erróneas o injustas, así como las acciones de su Oficial de Probación/Libertad Vigilada. El procedimiento requiere una queja por escrito a la Oficina del Supervisor. Una copia de los procedimientos para quejarse se puede obtener si así lo solicita.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**P.O. Name**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## Anexo de contrato de cliente al supervisar con EIG/EIS

El glucurónido etílico (EIG) y el sulfato etílico (EIS) son metabolitos del alcohol que se excretan más lentamente del cuerpo que el propio alcohol. Por lo tanto, son mejores para recoger el consumo de alcohol y mejor documentando la abstinencia. Al ser monitoreado con EIG/EIS, es importante, como en cualquier situación, estar al tanto de los elementos a evitar para que la exposición involuntaria "incidental" no cause una prueba positiva. En otras palabras, es importante saber qué artículos contienen alcohol y evitarlos. Con precaución razonable, es raro que la exposición al alcohol "incidental" cause una prueba positiva.

Es **su** responsabilidad limitar y evitar la exposición a los productos y sustancias que se detallan a continuación, así como cualquier otra sustancia que contenga alcohol etílico. Es **SU** responsabilidad leer las etiquetas de los productos para saber qué contiene los productos que utiliza e inspeccionar estos productos **ANTES de** usarlos. Los términos utilizados para describir los productos alcohólicos que deben evitarse incluyen alcohol desnaturalado, alcohol SD, etanol o alcohol etílico. El uso de los productos enumerados a continuación o cualquier otro producto que contenga alcohol es una violación de este contacto y **NO** se permitirá como excusa para un resultado positivo de la prueba.

En caso de duda, no use, consuma ni aplique nada que pueda contener alcohol.

**Enjuague bucal:** Muchos enjuagues bucales (Listermint, Cepacol, etc.) contienen alcohol etílico. El uso de alcohol que contiene enjuagues bucales puede causar pruebas positivas de alcohol porque contienen una cantidad significativa de alcohol. Los participantes deben leer las etiquetas del producto y saber si un producto que están utilizando, como el enjuague bucal, contiene alcohol etílico. Uso de productos que contengan alcohol mientras esté en control no permitido. Los enjuagues bucales sin alcohol están disponibles y son una alternativa aceptable. Si tiene preguntas sobre un producto en particular, tráelo para discutir con su administrador de casos.

**Medicamentos de venta libre:** Siempre se ha prohibido el uso de alcohol que contenga jarabes para la tos o preparados para el resfriado (por ejemplo, Nyquil) durante el seguimiento. Los suplementos nutricionales, como el líquido Ginko Biloba, pueden contener alcohol y deben evitarse. El alcohol etílico se utiliza con frecuencia en medicamentos líquidos como disolvente. Lea las etiquetas y si el producto contiene alcohol, no lo use a menos que primero reciba autorización de su administrador de casos. Los medicamentos para la tos y la gripe que no contienen alcohol son alternativas fácilmente disponibles y aceptables.

**Cerveza y vino sin alcohol:** Estas bebidas (por ejemplo, O'Douls, Sharps, etc.) contienen suficiente alcohol que pueden resultar en una prueba positiva. Mientras esté en la supervisión, no se le permite ingerir estos productos.

**Alimentos y otros productos** consumibles: Los extractos aromatizantes, como el extracto de vainilla o el extracto de almendra, si se consumen en exceso (por ejemplo, para dar sabor al café) pueden causar una prueba positiva. Algunos postres, especialmente los postres flameados, se preparan con grandes cantidades de alcohol y pueden causar una prueba positiva. Los chocolates que contienen relleno de líquido pueden contener alcohol. Algunas iglesias usan vino ganado o fortificado para la comunión y dependiendo de cuánto se consume puede causar una prueba positiva. Todos estos alimentos deben evitarse.

**Respirar vapor de alcohol puede causar una prueba positiva:** Evita respirar los humos de productos que contengan alcohol, como geles desinfectantes de manos a base de alcohol (por ejemplo, Purell), perfumes o colonias, aerosoles de insectos u otros productos químicos (lacas, disolventes o gasohol). Si debe utilizar estos productos, úselos con moderación y evite respirar los humos.

Recuerde, en caso de duda, no use, consuma o aplique!

**He leído y entiendo mis responsabilidades detalladas anteriormente:**

---

Firma

---

Fecha del participante