



MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Servicios de Salud Correccionales del Condado de Maricopa Paquete de documentos para la rendición de sí mismo

<i>Tabla de materias</i>	
<i>Instrucciones</i>	<i>Título</i>
<i>A</i>	<i>Permiso laboral condicional</i>
<i>B</i>	<i>Semilibertad para trabajo</i>
<i>C</i>	<i>Sentencia fija de 5 días o menos</i>
<i>D</i>	<i>Sentencia fija de 6 días o más</i>
<i>E</i>	<i>Fines de semana</i>
<i>F</i>	<i>Servicios de enfermería especializada como paciente internado</i>
<i>G</i>	<i>Formulario de certificación del profesional de salud</i>
<i>H</i>	<i>Cuestionario Médico de Tamizaje</i>

La información, documentos e instrucciones contenidas en este serie son proporcionados por del Departamento de Servicios de Salud Correccionales, que es el único responsable de su contenido.

Los Servicios de Salud Correccionales suministran este paquete de documentos para la rendición de sí mismo para los pacientes en la prisiones del Condado de Maricopa. La información suministrada es para fines de cuidado de la salud solamente.



Instrucciones de Salud A Autorización para Trabajar Rendimiento Voluntario

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definición:

Una Autorización de la corte que permite que el individuo que se rinde voluntariamente trabaje. El individuo permanece en la cárcel cuando no esta trabajando.

Información Básica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Las personas que se rinden voluntariamente, deben traer las siguientes cosas:
 - Medicamentos recetados (véase abajo).
 - **Sentencias de 15 días o mas requieren un Formulario de Certificación Medica. Si usted no trae el Formulario completo o su medico indica que usted no reúne los criterios de estado físico, usted deberá permanecer en una celda adentro y no será elegible para trabajar.**
 - El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
3. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
4. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel.
5. Alojamiento será al aire libre sobre superficie de tierra/piedra, en carpas estilo albergue.
6. Condiciones de Salud que podrían prevenir su alojamiento en las carpas son: salud frágil, condición aguda o crónica embarazo, heridas complejas, problema en las piernas y no poder llevar peso, uso de silla de ruedas, andador o bastón, retirada de alcohol o droga.
7. Por razones de seguridad de la cárcel, otras condiciones que no le permitiría alojarse en las carpas incluyen: pierna o brazo enyesado, prótesis, maquina medica especial.
8. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
9. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
10. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra, **lado este del edificio, en el área cercada.** Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".

Preparación para el Confinamiento (Encierro)

1. Si usted actualmente toma medicamentos por una condición de salud aguda o crónica o esta siendo tratado por un Proveedor de la Salud, usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado (no día festivo), de 9:00 AM-6:30 PM. Una enfermera estará presente en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.
2. Llamar a la línea de Rendimiento Voluntario del Servicio Medico de Correcciones (véase arriba) si tiene alguna condición aguda o condición medica seria. Ejemplos incluyen pero no limitados a estos: quimioterapia, infección aguda, cuidado especializado para heridas, en espera de cirugía o terapia física.
3. Las recetas médicas deberán estar en el envase original y tener la cantidad que dure los días de la sentencia.

Cuidado Medico

1. Sus medicamentos deberán ser tomados como se lo recetaron. Hay armarios y refrigeradores para la insulina.
2. Usted es responsable de ir a su medico para su cita de rutina o para servicio medico urgente. Estos se deben hacer durante las horas que usted no esta bajo custodia en la cárcel.
3. Hay servicio medico disponible para emergencias.
4. Si usted no es autorizado para trabajar, los servicios de salud y medicamentos serán provistos por CHS a menos que sea puesto en las carpas.

De acuerdo con el Titulo II del Americans with Disabilities Acts ("ADA") y otras leyes aplicables, es la politica del Servicio Medico de Correcciones del Condado de Maricopa ("CHS") de asegurar que los individuos calificados con inhabilidades tienen igualdad de acceso a los servicios médicos del CHS. Nada en este aviso impone limitaciones para invalidar los recursos, derechos, y procedimientos concedidos para personas con discapacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. El Condado de Maricopa proporciona alojamiento razonable cuando es solicitado por individuos con discapacidades que requieren alojamiento para participar en el programa de Rendimiento Voluntario. Si necesita alojamiento, llame al (602) 876-6884, siete días laborables antes de su llegada.



Instrucciones de Salud B Permiso para Trabajar Rendimiento Voluntario

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definición:

Una orden de la Corte Superior que permite la participación en el Programa de Permiso para Trabajar. Los individuos no podrán participar en este programa hasta que sean aprobados por el Departamento de Libertad Condicional de Adultos y la Oficina del Sheriff del Condado de Maricopa.

Información Básica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Las personas que se rinden voluntariamente, deben traer las siguientes cosas:
 - Medicamentos recetados (véase abajo).
 - **Sentencias de 15 días o mas requieren un Formulario de Certificación Medica. Si usted no trae el Formulario completo y su medico indica que usted no reúne los criterios de estado físico, usted deberá permanecer en una celda adentro y no será elegible para trabajar.**
 - El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
3. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
4. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel.
5. Alojamiento será al aire libre sobre superficie de tierra/piedra, en carpas estilo albergue.
6. Condiciones de Salud que podrían prevenir su alojamiento en las carpas son: salud frágil, condición aguda o crónica embarazo, heridas complejas, problema en las piernas y no poder llevar peso, uso de silla de ruedas, andador o bastón, retirada de alcohol o droga.
7. Por razones de seguridad de la cárcel, otras condiciones que no le permitiría alojarse en las carpas incluyen: pierna o brazo enyesado, prótesis, maquina medica especial.
8. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
9. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
10. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra al **lado este del edificio, en el área cercada.** Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".

Preparación para el Confinamiento (Encierro)

1. Si usted actualmente toma medicamentos por una condición de salud aguda o crónica o esta siendo tratado por un Proveedor de la Salud, usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado (no día festivo), de 9:00 AM-6:30 PM. Una enfermera estará presente en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.
2. Llamar a la línea de Rendimiento Voluntario del Servicio Medico de Correcciones (véase arriba) si tiene alguna condición aguda o condición medica seria. Ejemplos incluyen pero no limitados a estos: quimioterapia, infección aguda, cuidado especializado para heridas, en espera de cirugía o terapia física

Cuidado Medico

1. Durante su estadía en las carpas, su cuidado medico y medicamentos los proveerá el Servicio Medico de Correcciones (CHS).
2. Cuando usted ha sido aprobado(a) para la Autorización de Trabajo y ha sido transferido a las carpas:
 - Sus medicamentos deberán estar en su envase original y con la cantidad que dure los días de sentencia. Hay armarios y refrigeradores para la insulina.
 - Sus medicamentos deberán ser tomados como se lo receto su medico.
 - Usted es responsable de ir a su medico para su cita de rutina o para servicio medico urgente. Estos se deben hacer durante las horas que usted no esta bajo custodia en la cárcel.
 - Solamente hay servicio medico disponible para emergencias.



Instrucciones de Salud C 5 Días o Menos sin Interrupción Rendimiento Voluntario

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definición:

Una orden de la corte que permite al individuo a rendirse voluntariamente para cumplir una sentencia.

Información Básica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Las personas que se rinden voluntariamente, deben traer las siguientes cosas:
 - Medicamentos recetados (véase abajo).
 - El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
3. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
4. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel.
5. Condiciones de Salud que podrían prevenir su alojamiento en las carpas son: salud frágil, condición aguda o crónica embarazo, heridas complejas, problema en las piernas y no poder llevar peso, uso de silla de ruedas, andador o bastón, retirada de alcohol o droga.
6. Por razones de seguridad de la cárcel, otras condiciones que no le permitiría alojarse en las carpas incluyen: pierna o brazo enyesado, prótesis, maquina medica especial.
7. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
8. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
9. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra al **lado este del edificio, en el área cercada**. Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".
10. Alojamiento será al aire libre sobre superficie de tierra/piedra, en carpas estilo albergue

Preparación para el Confinamiento (Encierro)

1. Si usted actualmente toma medicamentos por una condición de salud aguda o crónica o esta siendo tratado por un Proveedor de la Salud, usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado (no día festivo), de 9:00 AM-6:30 PM. Una enfermera estará presente en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.
2. Llamar a la línea de Rendimiento Voluntario del Servicio Medico de Correcciones (véase arriba) si tiene alguna condición aguda o condición medica seria. Ejemplos incluyen pero no limitados a estos: quimioterapia, infección aguda, cuidado especializado para heridas, en espera de cirugía o terapia física.
3. Sus medicamentos deberán estar en su envase original y con la cantidad que dure los días de sentencia.

Cuidado Medico

1. Sus medicamentos deberán ser tomados como se lo receto su medico. Hay armarios y refrigeradores para la insulina.
2. Usted es responsable en buscar evaluación y cuidado medico por cualquier condición de salud urgente antes de su rendimiento en la cárcel.
3. Contamos con servicio medico de emergencia.



Instrucciones de Salud D 6 Días o Mas sin Interrupción Rendimiento Voluntario

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmary
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definicion:

Una orden de la corte que permite al individuo a rendirse voluntariamente para cumplir una sentencia.

Informacion Basica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Traiga los medicamentos recetados en su envase original (excepto los medicamentos refrigerados). Esto facilitara al personal medico a verificar el nombre, dosis, cantidad, etc. Después que los medicamentos sean revisados, se pondrán en su propiedad. El medico de CHS recetara el medicamento o un sustituto.
3. El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
4. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
5. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel.
6. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
7. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
8. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra al **lado este del edificio, en el área cercada.** Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".

Preparación para el Confinamiento (Encierro)

1. Si usted actualmente toma medicamentos por una condición de salud aguda o crónica o esta siendo tratado por un Proveedor de la Salud, usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado (no día festivo), de 9:00 AM-6:30 PM. Una enfermera estará presente en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.
2. Llamar a la línea de Rendimiento Voluntario del Servicio Medico de Correcciones (véase arriba) si tiene alguna condición aguda o condición medica seria. Ejemplos incluyen pero no limitados a estos: quimioterapia, infección aguda, cuidado especializado para heridas, en espera de cirugía o terapia física.

Cuidado Medico

1. CHS proveerá para usted cuidado medico y medicamentos.



Instrucciones de Salud E Rendimiento Voluntario-Fin de Semana

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definición:

Una orden de la corte que permite que el individuo se rinda voluntariamente a la cárcel para cumplir una sentencia los fines de semana. (Sábados y/o Domingos).

Información Básica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Las personas que se rinden voluntariamente, deben traer las siguientes cosas:
 - Medicamentos recetados (véase abajo).
 - **Sentencias de 15 días o mas requieren un Formulario de Certificación Medica. Si usted no trae el Formulario completo o su medico indica que usted no reúne los criterios de estado físico, usted deberá permanecer en una celda adentro.**
 - El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
3. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
4. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel.
5. Alojamiento será al aire libre sobre superficie de tierra/piedra, en carpas estilo albergue.
6. Condiciones de Salud que podrían prevenir su alojamiento en las carpas son: salud frágil, condición aguda o crónica embarazo, heridas complejas, problema en las piernas y no poder llevar peso, uso de silla de ruedas, andador o bastón, retirada de alcohol o droga.
7. Por razones de seguridad de la cárcel, otras condiciones que no le permitiría alojarse en las carpas incluyen: pierna o brazo enyesado, prótesis, maquina medica especial.
8. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
9. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
10. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra al **lado este del edificio, en el área cercada.** Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".

Preparación para el Confinamiento (Encierro)

1. Si usted actualmente toma medicamentos por una condición de salud aguda o crónica o esta siendo tratado por un Proveedor de la Salud, usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado (no día festivo), de 9:00 AM-6:30 PM. Una enfermera estará presente en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.
2. Llamar a la línea de Rendimiento Voluntario del Servicio Medico de Correcciones (véase arriba) si tiene alguna condición aguda o condición medica seria. Ejemplos incluyen pero no limitados a estos: quimioterapia, infección aguda, cuidado especializado para heridas, en espera de cirugía o terapia física.
3. Las recetas médicas deberán estar en el envase original y tener la cantidad que dure los días de la sentencia.

Cuidado Medico

1. Sus medicamentos deberán ser tomados como se lo recetaron. Hay armarios y refrigeradores para la insulina.
2. Usted es responsable de ir a su medico para su cita de rutina o para servicio medico urgente. Estos se deben hacer durante las horas que usted no esta bajo custodia en la cárcel.
3. Hay servicio medico disponible para emergencias.

De acuerdo con el Titulo II del Americans with Disabilities Acts ("ADA") y otras leyes aplicables, es la politica del Servicio Medico de Correcciones del Condado de Maricopa ("CHS") de asegurar que los individuos calificados con inhabilidades tienen igualdad de acceso a los servicios médicos del CHS. Nada en este aviso impone limitaciones para invalidar los recursos, derechos, y procedimientos concedidos para personas con discapacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. El Condado de Maricopa proporciona alojamiento razonable cuando es solicitado por individuos con discapacidades que requieren alojamiento para participar en el programa de Rendimiento Voluntario. Si necesita alojamiento, llame al (602) 876-6884, siete días laborables antes de su llegada.



Instrucciones de Salud F Atención de Enfermería Especializada Rendimiento Voluntario

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884 Fax (602) 455-6147

Definición: Servicio medico para individuos quienes requieren continua atención médica especializada, cuidado de salud mental o alojamiento en la unidad de enfermería.

Informacion Basica

1. Para notificar al Servicio Medico de Correcciones (CHS) acerca de problemas de salud, llame a la línea de Rendimiento Voluntario (602) 876-6884. La Información de Salud también se puede enviar por fax a CHS a la línea de Fax (602) 455-6147.
2. Las personas que se rinden voluntariamente, deben traer las siguientes cosas:
 - Medicamentos recetados (véase abajo).
 - **Sentencias de 15 días o mas requieren un Formulario de Certificación Medica.**
 - El formulario de Certificación Medica esta disponible en la pagina www.mcso.org (Información de la Cárcel, seleccione Rendimiento Voluntario)
3. Cuando llegue a la cárcel, se revisara el Formulario de Certificación Medica (o hacer uno si usted no trae su formulario).
4. Si en la actualidad usted tiene problemas médicos que indican la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y/o hospitalización, es probable que usted no sea aceptado en la cárcel
5. Para más información acerca del procedimiento y requisitos para rendimiento voluntario, contactar a la Oficina del Sherriff del Condado de Maricopa en la página web de MCSO www.mcso.org o llamar a la Línea de Información de la Cárcel (602) 876-0322.
6. La cárcel de Lower Buckeye (LBJ) se encuentra en el 3250 W. Lower Buckeye Road, Phoenix, AZ.
7. El estacionamiento para Rendimiento Voluntario se encuentra al **lado este del edificio, en el área cercada.** Tiene un letrero en la entrada "Self Surrender Parking Only".
8. Alojamiento esta localizado en la Unidad de Enfermería o en la Unidad de Siquiatría para pacientes quienes requieren alojamiento especial. Esto es también para individuos quienes tienen dificultad para hacer rutinas diarias (bañarse, comer y vestirse solos), tienen demencia o necesitan cuidado medico las 24 horas. La admisión a la Unidad de Enfermería será determinada y ordenada por el Servicio Medico de Correcciones.
9. Si usted es alojado en la Unidad de Enfermería o en la Unidad de Siquiatría, usted no podrá participar en el Programa de Permiso para Trabajar (Referencias en la hojas "Instrucciones de Salud A Autorización para Trabajar" o "Instrucciones de Salud B Permiso para Trabajar").

Servicio Medico

1. El Servicio Medico de Correcciones (CHS) requiere que usted envíe por fax o por correo las siguientes cosas 7 días antes de la fecha de su rendimiento voluntario:
 - Una copia de la orden de la corte.
 - La hoja de la farmacia o de su medico la cual indica cada uno de los medicamentos que usted toma en la actualidad, la cantidad y la razón de los medicamentos (debe tener una fecha de menos de 90 días).
 - Un resumen de su medico que describa su condición medica, servicio especial o equipo medico.
 - Información de su medico incluyendo: nombre, dirección y número telefónico.
 - Su información: nombre, número telefónico y dirección, donde usted pueda ser contactado antes de la fecha de su rendimiento voluntario.
2. Usted deberá solicitar en la corte que le den fecha de entrada a la cárcel un Jueves, Viernes o Sábado, excluyendo días festivos de 9:00 AM - 6:30 PM. Una enfermera esta asignada en LBJ Intake en estos horarios para facilitar el proceso y asegurar la continuidad de cuidado medico.

Enviar toda la información descrita arriba al Servicio Medico de Correcciones (CHS):

- 1) Por fax: (602) 455-6147
- 2) Por correo a: CHS Self Surrender Office
Correctional Health Services
Lower Buckeye Jail infirmery
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, AZ 85009



**ATTENTION:
BRING COMPLETED FORM (page 3) WITH
YOU TO JAIL OR YOU WILL BE KEPT IN FULL
CUSTODY AND NOT BE
ALLOWED TO PARTICIPATE IN WORK
RELEASE OR WORK FURLOUGH.**

MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmary
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884
Fax (602) 455-6147

*(ATENCIÓN: TRAIGA FORMULARIO COMPLETADO
(página 3) CONSIGO A LA PRISIÓN O SE LE
MANTENDRÁ BAJO CUSTODIA TOTAL Y NO SE LE
PERMITIRÁ PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE
PERMISO LABORAL CONDICIONAL O
SEMILIBERTAD PARA TRABAJO)*

Healthcare Provider’s Certification
(Certificación del profesional de salud)

This form must be completed by licensed healthcare provider more than 7 days and less than 90 days before incarceration to assess whether the person is medically fit to serve time in the Maricopa County Sheriff’s Office Con-Tents facility. This form must be completed for all individuals serving Work Release, Work Furlough, or Weekends of 15 days or more.

(Este formulario tiene que completarse por el proveedor de la salud licenciado más de 7 días y menos de 90 días antes de ir a prisión para que sea posible evaluar si la persona puede, desde un punto de vista médico, pasar tiempo en la instalación de tiendas (carpas) Con-Tents de la Oficina del Alguacil (Sheriff) del Condado de Maricopa. Todos los individuos que estén participando en el programa de permiso laboral condicional, de semilibertad para trabajo o de fines de semana de 15 días o más de duración.)

- **Housing: Outdoor military type tent dormitory style living space subject to weather conditions, with access to indoor showers and restrooms.**
(Vivienda: Tiendas de campaña (carpas) militares de estilo dormitorio, estando esto sujeto a las condiciones climáticas, con acceso a duchas y baños.)
- **Grounds: Dirt and gravel with limited paved/concrete areas.**
(Terreno: Tierra y gravilla, con áreas pavimentadas / cubiertas de concreto limitadas.)
- **Medications: Persons must self administer medications. Storage lockers and refrigerators are available for medication storage.**
(Medicamentos: Los individuos deben autoadministrarse los medicamentos. Hay disponibles casilleros y neveras para guardar medicamentos.)

Determining Medical/Mental Health Fitness:
(Determinación de buena condición médica / de salud mental)

The following are examples of conditions that render a person *not suitable* to be housed in Con-Tents:
(A continuación se incluyen ejemplos de condiciones que hacen que una persona no sea apropiada para alojarse en tiendas (carpas) Con-Tents)

- a) **Any temporary medical condition such as pregnancy, casts, splints.**
(Toda condición médica temporal, como por ejemplo embarazo, escayolas (yeso), entablillados.)
- b) **Severe chronic conditions such as lung disease, heart disease, mental illness.**
(Condiciones crónicas graves, como por ejemplo enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad mental.)
- c) **Inability to ambulate unaided (without the use of walker, cane, crutches, wheelchair).**
(No poder movilizarse sin ayuda (sin el uso de un andador, bastón, muletas, silla de ruedas.)
- d) **Inability to provide for own hygiene.**
(No poder hacerse cargo de su propia higiene.)
- e) **Inability to self-administer medications**
(No poder autoadministrarse medicamentos.)

Requirements for Con-Tents Clearance:

(Requisitos para el permiso para alojarse en las tiendas (carpas) Con-Tents)

- a) **Health Assessment**
(Evaluación de salud)
- b) **Current PPD (within one year), or a negative Chest x-ray with a negative symptom assessment.**
(Resultados recientes de una prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) (prueba de diagnóstico de tuberculosis) o una radiografía con resultado negativo junto una evaluación negativa de síntomas.)

If you have additional questions regarding healthcare services available in the jail facilities for the patient named below, please contact the Self-Surrender line at 602-876-6884 and leave a message. Messages are retrieved and answered during normal business hours, 8 AM. – 4 PM), Wednesday through Saturday.

(Si tiene preguntas adicionales sobre los servicios de cuidado de la salud disponibles en las instalaciones de la prisión para el paciente mencionado a continuación, por favor comuníquese con la línea telefónica para la Rendición llamando al 602-876-6884 y deje un mensaje. Los mensajes se extraen y contestan durante las horas de trabajo normales 8 AM.- 4 PM de miércoles a sábado.)

If you have any questions regarding the exclusion of active contagious TB or other communicable disease, please call Public Health at 602-506-5101.

(Si tiene alguna pregunta sobre la exclusión por tuberculosis activa contagiosa y otras enfermedades contagiosas, por favor llame al Departamento de Salud Pública al 602-506-5101.)



ATTENTION: BRING THIS COMPLETED FORM WITH YOU TO JAIL OR YOU WILL BE KEPT IN FULL CUSTODY AND NOT BE ALLOWED TO PARTICIPATE IN WORK RELEASE OR WORK FURLOUGH.

(ATENCIÓN: TRAIGA ESTE FORMULARIO COMPLETADO CONSIGO A LA PRISIÓN O SE LE MANTENDRÁ BAJO CUSTODIA TOTAL Y NO SE LE PERMITIRÁ PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PERMISO LABORAL CONDICIONAL O SEMILIBERTAD PARA TRABAJO.)

**MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH
SERVICES**

**Self Surrender Office
Lower Buckeye Jail Infirmary
3250 W. Lower Buckeye Road
Phoenix, Arizona 85009
(602) 876-6884
Fax (602) 455-6147**

Healthcare Provider's Certification
(Certificación del profesional de salud)

I certify that; Patient Name _____ **Date of Birth** _____
(Yo certifico que, nombre del paciente) (Fecha de nacimiento)

Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
(Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Phone /*(teléfono)* (_____) _____

Is free of active contagious TB & meets medical/mental health fitness criteria for placement in Con-Tents Facility.

**REQUIRED: Tuberculin Skin Test (or comparable test) results: _____ mm; Date: _____ or
Negative Chest X-Ray (for TB) Date: _____**

**REQUERIDO: Resultados de la prueba cutánea de la tuberculina (o de una prueba comparable)
_____ mm; Fecha: _____ o Fecha de la radiografía del tórax negativa (para la tuberculosis):**

Signature of Healthcare Provider MD DO NP PA Date
Firma del profesional de salud MD DO NP PA Fecha

OR / (O)

Does not meet medical/mental health fitness criteria for placement in the Con-Tents facility; individuals who are unable to serve their sentence at "Con-Tents" may be ineligible for work furlough/work release.
(No cumple con los criterios de buena salud médica / mental para que se le aloje en la instalación de tiendas (carpas) Con-Tents. Los individuos que no pueden cumplir con su sentencia en tiendas "Con-Tents" podrían no ser elegibles para el permiso laboral condicional o la semilibertad para trabajo.)

Signature of Healthcare Provider MD DO NP PA Date
(Firma del profesional de salud) MD DO NP PA Fecha

Healthcare Provider Name: _____
(Nombre del profesional de salud en letra de molde)

Address/City: _____
(Domicilio / Ciudad)

Telephone: _____
(No. de teléfono)



Correctional Health Services Receiving Screening (English/Spanish)

Last Name/Apellido	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Suffix	Organ Donor Y / N

Home Address/Dirección	City	Zip Code	Home Phone No/Telefono

Social Security No/Numero de Seguro Social

Race/Raza	Sex/Sexo	Height/Altura	Weight/Peso	Hair/Pelo	Eyes/Ojos	Age/Edad	D.O.B/ Fecha de Nacimiento	Place of Birth(State) Lugar de Nacimiento (Estado)

Emergency Contact / Contacto por Emergencia	Relation / Relación	Contact Number / Numero de Contacto

PAGE 1

- 1.0 Have you received medical treatment since your arrest? Y/Si N
(Ha recibido tratamiento médico desde su arresto)
- 1.1 What medical treatment (Que tipo de tratamiento)? _____ Y/Si N
- 2.0 Are you presently taking prescription medications or have any medication with you? Y/Si N
(Usted está tomando algún medicamento recetado o tiene algún medicamento con usted)
- 2.1 What medications (Qué medicamentos)? _____
- 2.2 Pharmacy/location (Farmacia/Lugar): _____
- 3.0 Are you allergic to anything (Tiene usted algún tipo de alergia)? Y/Si N
- 3.1 Allergic to what (Alérgico a qué)? _____
- 4.0 Have you ever served in the U.S. Military (Alguna vez ha servido en el Servicio Militar)? Y/Si N
- 5.0 Have you been in or around combat situations? Y/Si N
(Usted ha participado o ha estado en una situación de combate)
- 6.0 Do you have Health Insurance (Tiene usted seguro médico)? Y/Si N
- 6.1 What insurance (Que tipo de seguro)? _____
- 6.2 Where do you get health care; Physicians office, Clinic, VA, PIMC? Y/Si N
(Donde usted recibe tratamiento médico; Oficina del Doctor, Clínica, VA, PIMC)

Do you have any of the following? (Usted tiene algo de lo siguiente?)

- 7.0 Diabetes (Diabetes)? Y/Si N
- 8.0 Seizures (Convulsiones)? Y/Si N

PAGE 2

- 9.0 Heart disease (Enfermedades del Corazón)? Y/Si N
- 10.0 High blood pressure (Presión alta)? Y/Si N
- 11.0 Asthma (Asma)? Y/Si N
- 12.0 Lung problems (Problema de los pulmones)? Y/Si N
- 13.0 Open sores/lice (Heridas abiertas/liendres)? Y/Si N
- 14.0 Liver problems (Problemas del hígado)? Y/Si N
- 15.0 Hepatitis (Hepatitis)? Y/Si N
- 16.0 Head injury (Alguna lesión en la cabeza)? Y/Si N
- 16.1 What/When (Qué/Cuando)? _____

PAGE 3

- 17.0 Eye/vision problems (Problemas de los ojos/de visión)? Y/Si N
- 18.0 Dental problems (Problemas dental)? Y/Si N
- 18.1 What dental problems (Qué problemas dental)? _____
- 19.0 Ear/hearing problems (Problemas de oído/audición)? Y/Si N
- 20.0 Bladder/kidney problems (Problemas de los riñones/ vejiga)? Y/Si N
- 21.0 Stomach/intestinal problems (Problemas del estomago/intestinos)? Y/Si N
- 22.0 Joint/Muscle/Bone problems (Problemas con ligamentos/músculos/huesos)? Y/Si N



Correctional Health Services Receiving Screening (English/Spanish)

Do you require? (Usted lo requiere?)

23.0 Special diet/Type (Dieta especial/Tipo)? _____ Y/Si N

24.0 Special assistance (Asistencia especial)? _____ Y/Si N

25.0 Prosthesis (Prótesis)? _____ Y/Si N

26.0 Wheelchair (Silla de ruedas)? _____ Y/Si N

PAGE 4

27.0 Any other medical conditions (Alguna otra condición médica)? _____ Y/Si N

27.1 What (Que)? _____

28.0 Do you think you have a contagious disease?
(Usted piensa que tiene alguna enfermedad contagiosa) _____ Y/Si N

28.1 What (Que)? _____

29.0 Have you had a positive TB skin test or been told you have tuberculosis?
(Usted ha tenido resultado positivo en la prueba de Tuberculosis o le han dicho que tiene Tuberculosis) _____ Y/Si N

Comment (Comentario): _____

Do you have any of the following? (Usted tiene algo de lo siguiente?)

30.0 Chronic cough (Tos crónica)? _____ Y/Si N

31.0 Weight loss (Pérdida de peso)? _____ Y/Si N

32.0 Fatigue (Fatiga)? _____ Y/Si N

33.0 Night sweats (Sudores nocturnos)? _____ Y/Si N

34.0 Cough up blood (Tose con sangre)? _____ Y/Si N

PAGE 5

35.0 Fever (Fiebre)? _____ Y/Si N

36.0 Do you have HIV/AIDS (Tiene usted VIH/SIDA)? _____ Y/Si N

37.0 Have you been told you have Alzheimer's or Dementia?
(Le han dicho que tiene Alzheimer o Demencia) _____ Y/Si N

38.0 Are you pregnant (Esta embarazada)? _____ Y/Si N

39.0 Do you have female problems (Tiene problemas femeninos)? _____ Y/Si N

39.2 Date of last menstrual period (Fecha de su último periodo menstrual): _____

PAGE 6

40.0 Had surgery, injury or hospitalized within the past year?
(Durante el último año ha sido hospitalizado/a o ha tenido alguna cirugía) _____ Y/Si N

40.1 What (Que)? _____

41.0 Have you ever been victimized (Alguna vez ha sido tratado/a injustamente)? _____ Y/Si N

42.0 Have you ever been sexually assaulted (Alguna vez has sido asaltado/a sexualmente)? _____ Y/Si N

43.0 Do you want to talk to someone about having been assaulted or victimized?
(Quiere hablar con alguien acerca de haber sido asaltado/a o tratado/a injustamente) _____ Y/Si N

44.0 Received help from Department of Developmental Disabilities (DDD)?
(Recibió ayuda del Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DDD)) _____ Y/Si N

45.0 Difficulties learning or ever in special education classes?
(Tiene dificultades de aprendizaje o ha estado en clases de educación especial) _____ Y/Si N

46.0 Ever have or do you have a guardian now (Alguna vez ha tenido o tiene un tutor)? _____ Y/Si N

47.0 Do you use tobacco (Usa usted tabaco)? Amount per day (Cantidad al día): _____ Y/Si N

48.0 Do you use street drugs (Usa drogas de la calle)? _____ Y/Si N

48.1 Date/time last used street drugs (Fecha/hora que uso por última vez drogas de la calle)? _____

PAGE 7

49.0 Do you abuse prescription drugs (Usted abusa de drogas recetadas)? _____ Y/Si N

50.0 Do you share needles (Usted comparte agujas)? _____ Y/Si N

51.0 Will you have drug withdrawal (Se ha retirado de las drogas)? _____ Y/Si N

52.0 Do you drink alcohol daily (Toma alcohol diariamente)? _____ Y/Si N

52.1 Date/time last drink (Fecha/hora que tomo por última vez): _____

53.0 Have you ever felt you should cut down on your drinking? _____ Y/Si N



Correctional Health Services Receiving Screening (English/Spanish)

- (Alguna vez ha sentido que debe de cortar la bebida)
- 54.0 Have people annoyed you by criticizing your drinking? Y/Si N
(Le molesta que la gente le critique por su bebida)
- 55.0 Have you ever felt bad or guilty about your drinking? Y/Si N
(Se ha sentido mal o culpable por causa de su bebida)
- 56.0 Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover/eyeopener? (Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios o para librarse de una resaca) Y/Si N
- 57.0 Have you had alcoholic seizures or DTs (Ha tenido convulsiones alcohólicas o delirios)? Y/Si N
- 58.0 Have you ever been hospitalized for alcohol or drug withdrawal? Y/Si N
(Alguna vez ha sido hospitalizado por convulsiones debido al alcohol o drogas)
- PAGE 8
- 59.0 Have you ever attempted suicide (Alguna vez ha intentado suicidarse)? Y/Si N
- 59.1 When/How (Cuando/Como)? _____
- 60.0 Are you thinking of hurting yourself/suicidal (Esta pensando en hacerse daño/suicidarse)? Y/Si N
- 60.1 Plan (Cuál es su Plan): _____
- 61.0 Has anyone in you family attempted or committed suicide? Y/Si N
(Alguien en su familia ha tentado o cometido suicidio)
- 62.0 Have you ever been designated as Seriously Mentally Ill (SMI)? Y/Si N
(Alguna vez ha sido designado con Severa Enfermedad Mental (SMI))
- 63.0 Do you currently believe that someone can control your mind by putting thoughts into your head or taking thoughts out of your head (Usted cree que alguien esta controlando su mente y poniendo o quitando pensamientos dentro de su cabeza)? Y/Si N
- 64.0 Do you currently feel that other people know your thoughts and can read your mind? Y/Si N
(En este momento usted siente que otras personas conocen sus pensamientos y pueden leer su mente)
- 65.0 Have you currently lost or gained as much as two pounds a week for several weeks without even trying (Actualmente usted ha bajado o subido de peso, dos o más libras en una semana por varias semanas sin tratar)? Y/Si N
- 66.0 Have you or your family or friends noticed that you are currently much more active than you usually are (Usted o alguien en su familia se han dado cuenta que actualmente usted se encuentra mas activo que de costumbre)? Y/Si N
- PAGE 9
- 67.0 Do you currently feel like you have to talk or move more slowly than you usually do? Y/Si N
(Actualmente usted se siente que habla o se mueve más despacio que de costumbre)
- 68.0 Have there currently been a few weeks when you felt like you were useless or sinful? Y/Si N
(Actualmente se ha sentido por varias semanas como si fuera inútil o en perdición)
- 69.0 Are you currently taking any medication prescribed for you by a physician for any emotional or mental health problems (Actualmente está tomando medicamentos que fueron recetados por su médico para problemas mentales o emocionales)? Y/Si N
- 70.0 Have you ever been in a hospital for emotional or mental health problems? Y/Si N
(Alguna vez ha estado en el hospital por alguna enfermedad mental)
- 71.0 Have you been treated for mental illness (Ha sido tratado por alguna enfermedad mental)? Y/Si N
- 71.1 When/what for (Cuando/Qué tipo)? _____
- 72.0 Do you have a case manager (Tiene usted un/a trabajador/a social)? Y/Si N
- 72.1 Case Manager's name and clinic (Nombre de su trabajador/a social y clínica)? _____
- 73.0 Have you ever been charged with a sex crime? Y/Si N
(Alguna vez ha sido acusado de un delito sexual)
- 74.0 Use physical force to get what you want or when angry? Y/Si N
(Usted utiliza fuerza física para obtener lo que desea cuando está enojado)
- 75.0 Have you ever been charged with a violent crime? Y/Si N
(Alguna vez ha sido acusado de un delito violento)