

**EVALUACION ORDENADA POR LA CORTE Y REPORTE DEL PLAN  
COURT ORDERED ASSESSMENT AND PLAN REPORT**

Uso de este formulario: Al completar este formulario Ud. llena los requisitos de s. 23.33(13)(e), 30.80(6)(d), 961.472, o 350.11(3)(d), Wis. Stats.

DE: Juez \_\_\_\_\_ Corte \_\_\_\_\_

Dirección de la Corte: \_\_\_\_\_  
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

**INFORMACION DEL CLIENTE**

Nombre del Cliente (Apellido, I Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Ocupación
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Condado de Residencia	Número de Teléfono

**INFORMACION DEL ARRESTO / CONDENA**

Fecha del Arresto	Fecha de la Condena	Número del Caso	Ofensa <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Tercera o más
-------------------	---------------------	-----------------	--

Nota: Vehículos Motorizados Recreacionales (MRV) incluyen botes, vehículos de nieve y vehículos de todo terreno.

Concentración de alcohol en la sangre: _____ y / o	<input type="checkbox"/> Rehuso al consentimiento implícito-MRV	<input type="checkbox"/> Grandes daños físicos por Intoxicamiento-MRV
Sustancia Controlada: _____	<input type="checkbox"/> Manejando bajo la influencia-MRV	<input type="checkbox"/> Homicidio por Intoxicamiento-MRV
	<input type="checkbox"/> Herida por Intoxicamiento-MRV	<input type="checkbox"/> Posesión de sustancia controlada

**CONCLUSIONES DE LA EVALUACION** Nota: "Sustancia" incluye alcohol o sustancia controlada. Marque el cuadro apropiado de abajo.

<input type="checkbox"/> No terminó la evaluación – Razón: _____	
<input type="checkbox"/> Uso irresponsable de sustancia	<input type="checkbox"/> Dependencia a sustancia
<input type="checkbox"/> Uso irresponsable de sustancia - límite	<input type="checkbox"/> Dependencia a sustancia en remisión
<input type="checkbox"/> Sospecha de dependencia a sustancia	

Marque el patrón de uso de la sustancia y cronicidad cuando el resultado de la evaluación es una dependencia sospechada, dependencia, o incierta.

Patrón: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Continuo	Cronicidad: <input type="checkbox"/> Principio <input type="checkbox"/> Avanzado moderado <input type="checkbox"/> Muy avanzado	Sustancia Primaria - Especifique: _____
		Sustancia(s) Secundaria(s) - Especifique: _____

Síntomas fisiológicos, de comportamiento, psicológicos y / o de actitud identificados - Especifique.

Instrumento de evaluación usado:

WAID  Otro - Identifique: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO COMPLETO F-20934A**

**AUTORIZACION PARA HACER PUBLICA LA INFORMACION**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente, doy mi consentimiento para hacer público los resultados de esta evaluación y  
(Nombre del Cliente)

el plan recomendado administrado por \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Persona que completa la evaluación. Incluya título / certificación.)

de la \_\_\_\_\_ localizada en \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Institución de Evaluación)

\_\_\_\_\_, y todos los registros de los estatus, de tratamientos, y de asistencia  
(Dirección de la Institución de Evaluación) (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

e información requerida antes del vencimiento de esta publicación al \_\_\_\_\_  
condado bajo s. 51.42; la corte en referencia y/o mi agencia de libertad condicional \_\_\_\_\_

y el proveedor(es) del plan de mi elección:

El propósito de esta revelación es ayudar con el cumplimiento de la determinación de la corte por evaluación y determinación de cualquier necesidad de tratamiento. Además, yo autorizo a la persona / institución administrando la evaluación a continuar y verificar mi cumplimiento con cualquier plan de tratamiento. Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier fecha, antes del vencimiento de esta divulgación excepto cuando la revocación sea prohibida de acuerdo a s. 2.39, 42 CFR.

Fecha de la Revelación (mes/día/año)	FIRMA Padre o Tutor (Si el cliente es menor de 18 años)	Fecha (mes/día/año)
Fecha de Vencimiento de la Revelación (mes/día/año)	FIRMA del Cliente	Fecha (mes/día/año)

**Distribución:** Original – Court Copies – Client, Recommended Plan Provider, Probation Agent, Assessment Facility / 51.42 staff