

Definiciones de auto-entrega

Tiempo fijo (Tiempo directo): Una orden de confinamiento que permite al individuo entregarse para cumplir una sentencia específica, que se considera custodia completa.

Custodia total: Custodia continua hasta que el recluso sea liberado judicialmente por todos los cargos, retenciones o sentencias. Los reclusos, que han sido liberados temporalmente en la comunidad y regresan, como aquellos que cumplen una sentencia de liberación laboral no se consideran custodia total.

Auto-entrega: Una persona que no está bajo custodia y el tribunal le ordena entregarse a la Oficina del Alguacil del Condado Maricopa (MCSO) para su confinamiento para cumplir una sentencia llena y completa durante días consecutivos según lo ordenado por la corte.

Sentencia de liberación de trabajo: Una sentencia que estipula el confinamiento de un recluso solo durante horas o días específicos, permitiendo así que el recluso sea liberado sin escolta en la comunidad durante las horas o días sin confinamiento y luego regrese a la cárcel en fechas posteriores hasta que se cumpla acumulativamente una sentencia completa y sirve acumulativamente. Este término incluirá sentencias nocturnas.

Artículos requeridos para traer cuando se reporta para su auto-entrega

- **La Orden de Reclusión dictada por la corte:** Si no presenta su orden de confinamiento o la identificación adecuada, se le puede negar la entrada. Se le pedirá que regrese a la corte por una orden de confinamiento enmendada con una fecha / hora posterior. No confunda los papeles de la corte por la Orden de Confinamiento, no son lo mismo.
- **Certificación de Proveedor de Atención Médica:** El Formulario de Certificación del Proveedor de Atención Médica debe completarse para todas las personas que cumplen sentencias de liberación de trabajo, o tiempo fijo (tiempo directo) por más de 24 horas. Además, debe completarse por lo menos 45 días antes del encarcelamiento para evaluar si la persona es médicamente apta para cumplir su condena en las cárceles del condado de Maricopa. Este formulario le será entregado por la corte en el momento de su sentencia; además, se requiere que se haga una "prueba de tuberculosis (TB)" y tarda un mínimo de dos (2) días en completarse. No completar cualquier parte del formulario o no traer el formulario con usted puede hacer que se le niegue la aceptación en la cárcel o se le retire del programa de liberación de trabajo y se le mantendrá bajo custodia total mientras dure su sentencia.
- **Identificación con foto emitida por el gobierno:** Una licencia de conducir, pasaporte o identificación del estado.
- **Medicamentos recetados:** Si tiene medicamentos recetados que debe tomar, debe estar en el envase original de la farmacia con su nombre y una cantidad suficiente para su estadía en la cárcel.
- **Cualquier equipo médico necesario(s):** Máquina CPAP, prótesis, etc. (ver **artículos prohibidos** en la página siguiente)

Instrucciones para reportarse a su auto-entrega

Lugar para Presentarse: Todos los auto-entregados se reportan a la instalación de Admisión, Transferencia, Liberación (Intake, Transfer, Release – ITR, en inglés) en la dirección del 2670 S. 28th Drive, Phoenix, AZ 85009 en la fecha y hora especificadas en su orden de la corte.

Estacionamiento: El estacionamiento del día se encuentra en el área designada de "estacionamiento público (Public Parking en inglés)" ubicada frente a ITR y accesible desde la calle Watkins y South 28th Drive. El estacionamiento nocturno se encuentra en el estacionamiento en la tierra "Liberación de trabajo (Work Release en inglés)" ubicado al sur de la calle Watkins, cerca de South 30th Drive.

Información adicional: Revise el sitio web de auto-entrega de la Oficina del Alguacil del Condado Maricopa (MCSO): <https://www.mcso.org/i-want-to/self-surrender> - o - llame a MCSO Información de la cárcel: 602-876-0322.

Instrucciones de atención médica: Preparación para el confinamiento

Notificación avanzada de problemas de atención médica: Notifique a los Servicios de Salud Correccionales (CHS) con anticipación sobre problemas de atención médica por correo electrónico: CHSSelfSurrender@maricopa.gov -o- por teléfono: 602-876-6884. Los mensajes se revisan diariamente. Comuníquese con CHS si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para la atención médica.

Información/registros de atención médica: Envíe información/registros de atención médica para respaldar su condición de salud crónica grave -o- dependencia de oxígeno/máquina CPAP a CHS por correo electrónico: CHSSelfSurrender@maricopa.gov -o- fax: 602-455-6147 al menos dos (2) semanas antes de la fecha de su confinamiento para aprobación anticipada.

Condiciones que lo descalifican para el estado de liberación de trabajo: Uso de drogas ilícitas en el último año, uso de medicamentos de sedantes, incluyendo algunos medicamentos psiquiátricos, relajantes musculares, analgésicos narcóticos, otras sustancias controladas y / o medicamentos inyectables.

Artículos que puede traer a su auto-entrega:

- **Medicamentos recetados** deben estar en sus contenedores originales y en una cantidad que se mantendrá en la instalación que durará el número de días sentenciados. Para sentencias superiores a 30 días, se permitirá que reponga los medicamentos cuando sea necesario. Cumpla con todos los medicamentos recetados antes de su entrega, ya que cualquier condición inestable, aguda o crónica podría resultar en el rechazo o ponerlo bajo custodia total.
- **Se requiere un formulario de certificación de proveedor médico completo para sentencias de más de 24 horas. Si NO trae el formulario completo -o- su médico declara que NO cumple con los criterios de elegibilidad médica, puede ser alojado en custodia total y no ser elegible para el estado de liberación de trabajo.**

Artículos prohibidos:

- **Liberación de trabajo:** Andadores, bastones, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, yesos, férulas, otro equipo de asistencia para la movilidad y cualquier equipo médico que requiera el uso de una aplicación de teléfono celular, acceso a Internet o energía eléctrica.
- **Tiempo fijo (Tiempo directo):** Cualquier equipo médico que requiera el uso de una aplicación de teléfono celular, acceso a Internet o energía eléctrica (andadores, bastones, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, yesos, férulas, otros dispositivos de asistencia de movilidad pueden aprobarse caso por caso con aprobación con dos semanas de anticipación)

Impedimento: No se presente a su auto-entrega bajo los efectos de ninguna droga o alcohol, ya que esto hará que lo coloquen bajo custodia total y no sea elegible para el estado de liberación de trabajo.

Verificación del estado de salud: Al llegar a la cárcel, se someterá a una evaluación de aceptación y de salud que incluye preguntas sobre su estado de salud y un examen físico realizado por un profesional de la salud de CHS. Si tiene problemas médicos actuales que indiquen la necesidad de una evaluación de emergencia, intervención y / hospitalización, no será aceptado(a).

Constante atención médica: Solo se brinda atención de emergencia durante el tiempo de liberación de trabajo. Haga arreglos para que cualquier atención médica con su proveedor de atención primaria mientras este fuera de custodia. CHS le proporcionará atención médica y medicamentos si lo colocan bajo custodia total.

Instrucciones de certificación del proveedor de atención médica

El formulario de certificación del proveedor médico (página siguiente) debe:

- Completarse para todas las personas que cumplen sentencias de liberación de trabajo, o tiempo fijo (tiempo directo) por más de 24 horas
- Completarse por lo menos 45 días antes del encarcelamiento para evaluar si el individuo es médicamente elegible para cumplir condena en las cárceles del condado de Maricopa.
- Incluir los resultados actuales de tuberculosis (TB) al menos seis (6) meses antes del encarcelamiento, como lo demuestra al menos uno de los siguientes:
 - Prueba cutánea de tuberculina (TST) / derivado proteico purificado (PPD).
 - Ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA): Prueba QuantiFERON-TB® Gold In-Tube (QFT-GIT) -o- Prueba de TB del punto® T (T-Spot).
 - Radiografía de tórax negativa con evaluación negativa de los síntomas.

Elegibilidad médica:

Los siguientes son ejemplos de condiciones que pueden hacer que una persona no sea elegible para los programas de liberación de trabajo. Personas con:

- Medicamentos que pueden causar alteraciones en el estado mental o el estado de alerta, como cualquier sustancia controlada y algunos medicamentos para la salud mental.
- Enfermedades crónicas o agudas no controladas, cuidado complicado de heridas o signos vitales anormales.
- Una convulsión en los últimos 90 días.
- Uso crónico de oxígeno.
- Embarazo de alto riesgo o tardío.
- Abuso reciente de alcohol o sustancias en riesgo de abstinencia.
- Equipo de asistencia como muletas, sillas de ruedas, prótesis, bastones, botas para caminar, etc.
- Cualquier equipo médico que requiera el uso de una aplicación de teléfono celular, acceso a Internet o energía eléctrica.

Si tiene preguntas adicionales sobre los servicios de atención médica disponibles en las instalaciones de la cárcel o la elegibilidad médica, comuníquese con los Servicios de Salud Correccional (CHS) por correo electrónico: CHSSelfSurrender@maricopa.gov -o- por teléfono: 602-876-6884. Los mensajes se revisan diariamente.

**Formulario de certificación del proveedor de atención médica
(ver instrucciones)**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Resultados requeridos de tuberculosis (TB)

Resultados de la prueba cutánea de tuberculina (TST)/
derivado de proteína purificada (PPD): _____ mm

Fecha de colocación: ___/___/___ Fecha de lectura: ___/___/___

-0-

Interferon Ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA): Prueba QuantiFERON-TB® Gold In-Tube
(QFT-GIT) -O- T-SPOT.® Resultados de la prueba de TB (T-Spot): _____

Fecha en que se extrajo sangre: ___/___/___ Fecha de lectura: ___/___/___

-0-

Radiografía de tórax negativa con fecha de evaluación de síntomas negativos: ___/___/___

El paciente cumple con los requisitos de elegibilidad: SÍ NO

Al firmar, confirmo que este paciente parece estar libre de tuberculosis activa o cualquier otra
enfermedad contagiosa en este momento. No encuentro ninguna otra condición médica que excluya
el encarcelamiento en este momento.

_____ MD DO NP PA

**Firma del proveedor
de atención médica**

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____