

## Forma de Auto Reporte (Centros de Recepcion y Reclusorio)

Nombre \_\_\_\_\_ #DOC \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Numero de Encarcelamientos Previos \_\_\_\_\_

Esta seccion debe ser llenada por el recluso(a): Marque cualquiera de las cosas que apliquen; provea explicacion donde sea necesario:

Tiene alguna persona de la cual tenga que permanecer separado(a)? Si  No

Si es asi, indíquelo: \_\_\_\_\_

Alguna vez a sido condenado por una ofensa en contra de otro recluso(a)? Si  No

Si es asi, indíquelo: \_\_\_\_\_

Alguna vez a sido asaltado(a) por otro recluso(a)? Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez a estado involucrado(a) en algun disturbio? Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez a participado en un grupo que abogue superioridad o aggression hacia otros grupos?

Si  No  Explique: \_\_\_\_\_

Es su orientacion sexual alguna de las siguientes: lesbiana, gay, bisexual, transexual, o intersexual? Si  No

Si decidio identificar su orientacion sexual por favor indique alguna de las opciones con un circulo. (PREA 115.41 (d) (7))

Si contesto "No" a la pregunta anterior, cree usted que pueda ser percibido(a) como lesbiana, gay, bisexual, transexual, o intersexual? \_\_\_\_\_

Siente que pueda ser vulnerable o correr riesgo de victimizacion sexual? (PREA 115.41 (d) (8)) Si es asi, explique: \_\_\_\_\_

Esta seccion debe ser llenada por la persona administrando las formas:

Si el recluso(a) contesto "Si" a tres o mas preguntas, celda/vivienda restringida y o referencia a los servicios de salud medica/mental es requerida.

Despues de evaluar toda la informacion, marque la vivienda/celda que aplique.

\_\_\_\_\_Al azar/ sin restrinccion \_\_\_\_\_Restringido

Si es restringido, explique la restrinccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta es una asignacion temporanea y sera reevaluada con informacion adicional durante el asesoramiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de el administrante.

\_\_\_\_\_  
Fecha

(12/16)