



SERVICIOS DEL TRIBUNAL ALTERNATIVO CONTRA DROGAS DEL CONDADO DE KING

516 Third Avenue, Sala E-609
Seattle, WA 98104
(206) 477-0788 – Fax: (206) 296-7885

PERMISO PARA VOLVER A DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DERIVACIÓN DEL SISTEMA DE JUSTICIA PENAL

Yo, _____ Fecha Nac: _____
Apellido Primer nombre Inicial (MM / DD / AA)

Por la presente autorizo cualquier comunicación entre los Servicios del Programa Alternativo del Tribunal Contra Drogas con las agencias que siguen, ya sea por teléfono, correo postal, fax o correo electrónico:

☒	Tribunal Municipal de Seattle	☒	Depto. de Salud y Servicios Sociales (DSHS)
☒	Tribunal Superior	☒	Depto. de Menores, Jóvenes y Familias
☒	Tribunal de Distrito del Condado de King	☒	Libertad condicional _____
☒	Depto. de Policía de Seattle	☒	Departamento de Correcciones (DOC)
☒	Abogado defensor	☒	Depto. de Defensa Pública (DPD)
☒	Oficina de la Fiscalía	☒	Depto. de Salud Pública
☒	Centro Médico Harborview	☒	Depto. de Detención de Adultos y Menores (DAJD)
☒	Admin. de Seguridad Social	☒	Depto. de Servicios Humanos y de la Comunidad (DCHS)
☒	Sound	☒	Servicios Terapéuticos de la Salud
☒	Admin. de ex Combatientes	☒	WELD Seattle
☒	Depto. de Administración Judicial (DJA)	☒	Kate's House
☒	Peer Washington	☒	AAHAA
☒	Todas las agencias DBHR de tratamiento autorizadas	☒	Cordant Lab
☒	Colocación en vivienda:		
☒	Otro (especificar):		
☒	Contacto personal (especificar):		

Con respecto a lo siguiente: uso de alcohol o drogas; resultados de los análisis de orina o aliento; resultados de un frotis oral; servicios vinculados con alcohol o drogas conforme a 42 CFR, Parte 2 y servicios de salud mental conforme a RCW 71; tratamiento médico; participación en el sistema de justicia penal; antecedentes sicosociales; empleo; vivienda; enfermedades contagiosas, inclusive enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA); y/o

Con el siguiente propósito: facilitar el cuidado continuo y dar información sobre el adelanto logrado en el tratamiento al Juez del Tribunal Contra Drogas y/o

Entiendo que esta autorización sigue en vigor y no se puede revocar hasta que exista una terminación formal y real o la revocación de mi libertad condicional del lugar de reclusión, libertad condicional o bajo palabra, suspensión, programa alternativo, aplazamiento u otro procedimiento conforme al cual me derivaron para mi tratamiento.

Fecha: X _____ X _____
Firma del Participante