



**King County**

# 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:

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

Esta información se le ha divulgado a usted a partir de los expedientes cuya confidencialidad está protegida por las leyes federales, y se le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional sin el permiso escrito específico de la persona a quien corresponde, o según lo permitan dichos reglamentos. Para este fin, **NO** es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole. Reglamentos federales (42CFR, Parte 2). Actualizado 12.28.23.