



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

De manera voluntaria, acepto participar en el Programa Alternativo del Tribunal Contra Drogas del Condado de King (King County Drug Diversion Court Program o KCDDC). He leído, o se me ha leído, este formulario de Permiso para Divulgar Información Confidencial, y declaro que lo entiendo.

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

Autorizo a los **SERVICIOS DEL PROGRAMA ALTERNATIVO CONTRA DROGAS DEL CONDADO DE KING** para recibir y volver a divulgar lo siguiente:

Información de: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

El propósito y la necesidad para esta divulgación es informar a la/las agencia/s de justicia penal de mi asistencia y progreso en mi tratamiento contra drogas o alcohol, y recibir información pertinente a mi tratamiento. El alcance de la información a ser divulgada se limita a mi **diagnóstico**, información sobre **mi asistencia o falta de asistencia** a las sesiones de tratamiento, mi **cooperación** con el programa de tratamiento, mi **plan de tratamiento**, mi **progreso**, mis **análisis para la detección de drogas y alcohol**, mi **pronóstico** y el **resumen de mi dada de alta**.

Entiendo que este permiso 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.

Entiendo que mis expedientes están protegidos conforme a los Reglamentos Federales y Estatales sobre la Confidencialidad, y que no se pueden divulgar sin mi permiso escrito, salvo disposición contraria en los Reglamentos. Además entiendo que este permiso vence automáticamente según se indica precedentemente. Reconozco que la información a ser divulgada se me explicó en su totalidad y que doy este permiso libremente. (Título 42, Código de Reglamentos Federales, Parte 2, Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes Relativos al Abuso de Drogas y del Alcohol).

Fecha: X _____ X _____
Firma del Participante