

**SISTEMA DE SERVICIOS PREVIOS AL JUICIO DE LOS ESTADOS UNIDOS
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**

Yo, _____, el suscrito, por este medio autorizo a
(Nombre del Cliente)

_____ a revelar información confidencial en su posesión a la
(Nombre del Programa)

Oficina de Servicios Previos al Juicio de los Estados Unidos en _____
(Nombre de la Corte)

La información confidencial a ser revelada incluirá: fecha de entrada al programa; registro de asistencia, resultados de análisis de detección de uso de drogas, tipo, frecuencia y eficacia de la terapia; ajuste general a las reglas del programa; tipo y dosis del medicamento; reacción al tratamiento; resultados de los exámenes (tales como medidas psicológicas-fisiológicas, vocacionales, evaluaciones específicas en cuanto al delito sexual); fecha y razón para retirarse del programa o darlo por terminado; diagnóstico y pronosis.

Esta información es para ser usada en conexión con mi participación en el programa arriba mencionado, el cuál es una condición de mi libertad provisional previa al juicio, y puede ser usada por el oficial de servicios previos al juicio con el propósito de mantener informado al oficial de servicios previos al juicio en lo que respecta a mi acatamiento a cualquier condición o condición especial de mi supervisión. Entiendo que esta autorización es válida hasta que yo sea liberado de mi supervisión, momento en el cuál esta autorización para usar o divulgar esta información caduca. Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal o estatal. Tal información también puede ponerse a la disponibilidad de la oficina de probatoria con el propósito de preparar un informe precondenatorio de acuerdo a la ley federal.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento al mandar tal notificación por escrito a la persona que funja como contacto en cuanto a la privacidad del programa a:

(Nombre y Dirección del Programa)

Entiendo que si yo revoco esta autorización para revelar información confidencial, yo, de tal manera estaré revocando mi autorización para revelar más adelante tal información. También entiendo que el revocar esta autorización antes de cumplir con la condición de mi supervisión que requiere que yo participe en el programa será reportado a la corte. Mi revocación de autorización bajo tales circunstancias podría ser considerada una violación de una condición de mi supervisión previa al juicio.

(Firma del Padre/Madre o Guardián, si el Cliente es Menor de Edad)

(Firma del Cliente)

(Fecha de la Firma)

(Fecha de la Firma)

(Nombre y Título del Testigo)

(Fecha de la Firma)