

**SISTEMA DE PROBATORIA DE LOS ESTADOS UNIDOS
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
PROGRAMAS EN CONTRA DE ABUSO DE DROGAS**

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

_____ a revelar información confidencial en sus registros,
(Nombre del Programa)

su conocimiento, de cualquier naturaleza que pudiera existir ahora o en el futuro a la Oficina de Oficiales de Probatoria de los Estados Unidos para la Corte _____ Distrito de
(Nombre de la Corte)

(Estado)

La información confidencial a ser revelada incluirá: fecha de entrada al programa; registro de asistencia, resultados de análisis de orina, tipo, frecuencia y eficacia de la terapia; ajuste general a las reglas del programa; tipo y dosis del medicamento; reacción al tratamiento; resultados del examen (psicológico, vocacional, etc.); fecha y razón para retirarse del programa; y prognosis.

La información la cuál ahora yo autorizo que sea proporcionada 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, liberación posterior al juicio, probatoria, o libertad condicional).

Entiendo que la oficina de oficiales de probatoria puede usar la información obtenida por este medio solamente en lo relacionado a sus funciones oficiales, incluyendo la divulgación total o parcial de ella, a la Corte de Distrito y/o a la Comisión de Libertad Condicional de los Estados Unidos cuando sea necesario para el relevo de su responsabilidad en cuanto a mi supervisión.

Entiendo que esta autorización es válida hasta mi liberación de la supervisión, momento en el cuál esta autorización para usar o divulgar esta información caduca. Yo entiendo que esta 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.

Entiendo que yo 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 posterior a la condena.

(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)