

# CONSENTIMIENTO DE LA JUSTICIA CRIMINAL PARA FACILITAR INFORMACIÓN

APELLIDO NOMBRE DEL ACUSADO/PACIENTE NOMBRE DE PILA INICIAL	
NUM. DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL "C" CASO
CENTRO	UNIDAD

**INSTRUCCIONES:** Preparar una (1) copia para el Historial del Paciente.

Yo, la acusado/Paciente que suscribe, por este medio doy mi consentimiento para haya comunicación entre personal de este centro y las agencias de la justicia/personas: \_\_\_\_\_

El propósito y la necesidad de esta revelación es para informar a las agencias de la justicia/personas arriba mencionadas acerca de mi asistencia, progreso y actitud hacia mi evaluación y tratamiento y \_\_\_\_\_

La información a ser revelada es mi diagnóstico, informes sobre mi asistencia o falta de asistencia a las sesiones de tratamiento, mi cooperación con el programa de tratamiento, mi pronóstico y \_\_\_\_\_

Entiendo que mi participación en el programa de tratamiento es una condición para: (Marque todo lo que corresponda)

- Mi salida de la prisión
- Disposición de un procedimiento criminal contra mí
- Otra acción (especifique): \_\_\_\_\_
- La ejecución de una sentencia impuesta sobre mí
- La suspensión de una sentencia impuesta sobre mí

Entiendo, a menos que se especifique de otra manera, que este consentimiento se mantendrá en efecto y no puede ser revocado por mí hasta que haya habido una formal y efectiva terminación o revocación de mi salida de la prisión y/o libertad bajo palabra, probatoria, disposición final de una salida condicional u otra acción bajo la cual yo fuera enviado a recibir tratamiento. Duración del consentimiento (si es diferente) \_\_\_\_\_

Condiciones para revocar el consentimiento (si es diferente) \_\_\_\_\_

También entiendo que cualquier revelación hecha esta obligada por la Parte 2 del Título del Código de regulaciones Federales que resguardan la confidencialidad de los récords de los pacientes con casos de abuso de alcohol y drogas, y que los que reciben esta información pueden revelarla solamente con relación a sus deberes oficiales.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Acusado/Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Madre/Guardián cuando requiere)

\_\_\_\_\_  
(Escriba en Letras de Molde el Nombre y Apellido del Acusado/Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Escriba en Letras de Molde el Nombre y Apellido del Padre/Madre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)