

범죄 관련 정보
공개 동의서

환자/피고의 성	이름	중간이름 이니셜
식별 번호	케이스 번호	
시설	부서	

안내 사항: 환자의 케이스 기록 사본을 1 부 준비하십시오.

서명자인 환자/피고인 본인은 본 시설의 직원과 다음의 범죄 기관/개인 사이의 의사교환에 동의합니다. _____

이러한 공개의 목적 및 공개의 필요성은 상기 이름의 범죄 기관/개인에게 본인의 출석, 본인의 평가 및 치료와 _____에 대한 진행상황을 알리기 위한 것입니다.

공개될 정보의 범위에는 본인의 진단, 치료 세션 참여 또는 불참에 대한 정보, 치료 프로그램에 대한 본인의 협력, 본인의 의견 및 _____이(가) 포함됩니다.

본인의 치료에 대한 참여는 (해당 사항 모두 선택)의 조건임을 이해합니다.

- 구금 상태에서 해제 본인에게 내려진 판결의 이행
 본인에 대한 형사 소송 판결 본인에게 내려진 판결의 계류
 기타 조치(직접 기재): _____

본인은 별도 명시된 경우를 제외하고 본인이 구금 및/또는 가석방, 집행유예, 본인에게 내려진 조건부 석방이나 기타 조치에 대한 최종 판결에 대해 공식적이며 유효한 해지 또는 철회가 있을 때까지 본 동의서가 효력을 가지며 철회될 수 없음에 동의합니다.

동의 기간(다른 경우) _____

동의 철회 조건(다른 경우) _____

본인은 또한 이 시설이 본인을 대신하여 공개한 정보는 알코올 및 약물 남용 기록의 기밀 유지를 관리하는 Title 42 of the Code of Federal Regulations 의 구속을 받음을 이해하며 본 정보의 수령자는 공식적인 임무 수행의 목적으로만 이 정보를 재공개할 수 있음을 이해합니다.

(환자/피고인 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

(환자/피고인 성명을 인쇄체로 기입)

(부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

(날짜)

(날짜)