



Formulario de acceso del Departamento de Libertad a Prueba para el Sistema de manejo bajo la influencia de alcohol o drogas SISTEMA DE MANEJO BAJO LA INFLUENCIA DE ALCOHOL O DROGAS (IMPAIRED DRIVER SYSTEM, IDS)	Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de la persona
	ID de cliente del Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV) de la persona (número de licencia de conducir)
	Nombre y dirección del Departamento de Libertad a Prueba

Instrucciones Conserve una copia completa de este formulario en el expediente del caso de la persona.
 Entregue una copia completa de este formulario a la persona.

Yo, el que suscribe, por el presente documento, otorgo mi **CONSENTIMIENTO** y autorizo al **Departamento de Libertad a Prueba** mencionado, a recibir información con respecto a cualquier dato actual o anterior relacionado con el delito de conducir bajo la influencia de alcohol o drogas, incluidas anteriores condenas/sentencias relacionadas con la conducción bajo la influencia de alcohol o drogas y otras infracciones de tránsito indicadas en el resumen de mi expediente de conductor y los siguientes elementos de datos:

- **Automovilista:** ID de cliente del DMV, los primeros dos caracteres de su apellido actual y el apellido de nacimiento, el sexo y la fecha de nacimiento.
- **Infracción:** fecha de la infracción, nombre del tribunal, infracción, primeros dos caracteres del apellido actual, nivel de concentración de alcohol en sangre (blood alcohol concentration, BAC), indicación del rechazo de la prueba química, si lo hubo, y una indicación de que posee licencia fuera del estado, si la tiene.
- **Programa de manejo bajo la influencia de alcohol o drogas:** nombre del programa, fecha de inicio y estado, indicación de remisión para evaluación, si la hay, y estado de inscripción para el IDP.
- **Exámenes:** nombre del proveedor/programa, fecha del examen, indicación de la remisión para evaluación, si la hay, e indicación de la herramienta de examen usada.
- **Evaluación:** fuente de referencia, nombre del proveedor/programa, fecha de inicio y fin de la evaluación y estado de la evaluación.
- **Tratamiento:** nombre del proveedor/programa, fecha de admisión, fecha de alta, número de sesiones y estado en el alta.

Dicha revisión se hace con el **PROPÓSITO** de llevar a cabo investigaciones o supervisiones.

Yo, el que suscribe, he leído la información anterior y autorizo al personal de las entidades divulgadoras mencionadas a divulgar, obtener y compartir dicha información, según se establece en el presente documento.

Comprendo que, a menos que se indique lo contrario, este consentimiento permanecerá en vigor y no podrá revocarse hasta que haya una terminación o revocación formales y efectivas de mi liberación de confinamiento o libertad bajo palabra, libertad a prueba, libertad a prueba temporal, liberación condicional u otro proceso o acción conforme a lo que me hayan ordenado o a menos que haya aceptado recibir tratamiento; o

Duración del consentimiento (si fuera diferente): _____

Comprendo que la divulgación que haga el DMV de mi información personal está controlada por la Ley Federal de Protección de la Privacidad del Conductor (Federal Driver's Privacy Protection Act, DPPA), título 18 sección 2721 del USC, y que al firmar abajo otorgo mi autorización para que el DMV divulgue mi información personal al Departamento de Libertad a Prueba antes mencionado.

Además, comprendo que cualquier divulgación de mi información de identificación personal está protegida por la parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) que rige la confidencialidad de los registros de tratamiento por abuso de drogas y alcohol, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, título 45 del CFR partes 160 y 164; y que los destinatarios de esta información pueden volver a divulgarla solo en relación con sus funciones oficiales. Además, autorizo a que el Departamento de Libertad a Prueba antes nombrado vuelva a divulgar la información arriba mencionada a las partes indicadas a continuación, si las hubiera, a los fines descritos debajo.

(Coloque la inicial para identificar todas las opciones que correspondan)

- Otro departamento de libertad a prueba: _____ que lleve a cabo una investigación o supervisión de la persona solicitada por el tribunal.
- Otro tribunal penal: _____ para llevar a cabo sus responsabilidades para la toma de decisiones en cuanto a la liberación, sentencia, infracción o certificado de exención de determinaciones de discapacidad que involucren a la persona.
- Oficina del Fiscal de Distrito: _____ en apoyo de las funciones oficiales en relación con el proceso o la acción conforme a lo que se le solicita o a menos que haya aceptado recibir tratamiento.
- La Oficina del Defensor Público o el abogado de defensa privada que me representa: _____ en relación con la representación de la persona en el proceso o la acción conforme a lo que se le solicita o a menos que haya aceptado recibir tratamiento.

Se prohíbe volver a divulgar la información sin la autorización por escrito previa de mi parte a menos que lo autorice la ley.

NOTA: Cualquier información divulgada por medio de este formulario **DEBE** ir acompañada del formulario **Prohibición de redivulgación de la información sobre pacientes en tratamiento por dependencia a sustancias químicas** (Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient, TRS-1)

Nombre de la persona	Firma de la persona
Fecha de la firma	Firma del padre, madre o tutor de la persona, si corresponde