

DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL DEL CONDADO DE SANTA CRUZ



FERNANDO GIRALDO, OFICIAL EN JEFE DE LIBERTAD CONDICIONAL

DIRECCIÓN DE ENVÍO: P.O. BOX 1812, SANTA CRUZ, CA 95061
REL: (831) 454-2150 FAX (831) 454-3327 / TEL: (831) 763-8070 FAX: (831) 763-8233

“Una comunidad segura y próspera con justicia para todos”

Autorización para el Uso, Intercambio, y/o Descarga de Información Confidencial

Propósito de la divulgación: Ayudar a evaluar y determinar el progreso y el cumplimiento mientras se encuentra bajo supervision.

Divulgación general

Firma: _____

Consentimiento general: Este consentimiento permanece vigente hasta mi evaluación o participación en los servicios. Los destinatarios de esta información pueden volver a divulgar y utilizar esta información solo en relación con sus funciones oficiales.

- Marque todo lo que corresponda:** Todos
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barrios Unidos | <input type="checkbox"/> Encompass | <input type="checkbox"/> Janus | <input type="checkbox"/> Positive Discipline |
| <input type="checkbox"/> County Office of Educ. | <input type="checkbox"/> First 5 Santa Cruz County | <input type="checkbox"/> Leaders in Community Alt. | <input type="checkbox"/> Sobriety Works |
| <input type="checkbox"/> Collaborative Court | <input type="checkbox"/> Goodwill | <input type="checkbox"/> Mentors | <input type="checkbox"/> Streets to Schools |
| <input type="checkbox"/> Conflict Resolution Center | <input type="checkbox"/> Hope Services | <input type="checkbox"/> Monarch Services | <input type="checkbox"/> Volunteer Center |
| | <input type="checkbox"/> Health Services Agency | <input type="checkbox"/> New Life Community Svc. | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Salud Mental/Médica

Firma: _____

Consentimiento para salud mental/médica: Un destinatario de información médica de conformidad con esta autorización no puede divulgar más la información médica, excepto de acuerdo con una nueva autorización que cumpla con los requisitos de la sección 56.11 del Código de Salud y Seguridad de California, o según lo exija o permita específicamente la ley.

- Marque todo lo que corresponda:** Todos
- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barrios Unidos | <input type="checkbox"/> Encompass | <input type="checkbox"/> Janus | <input type="checkbox"/> Positive Discipline |
| <input type="checkbox"/> County Office of Educ. | <input type="checkbox"/> First 5 Santa Cruz County | <input checked="" type="checkbox"/> Leaders in Community Alt. | <input type="checkbox"/> Sobriety Works |
| <input type="checkbox"/> Collaborative Court | <input type="checkbox"/> Goodwill | <input type="checkbox"/> Mentors | <input type="checkbox"/> Streets to Schools |
| <input type="checkbox"/> Conflict Resolution Center | <input type="checkbox"/> Hope Services | <input type="checkbox"/> Monarch Services | <input type="checkbox"/> Volunteer Center |
| | <input type="checkbox"/> Health Services Agency | <input type="checkbox"/> New Life Community Svc. | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Firma: _____

Consentimiento para trastorno por consumo de sustancias: Los registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

- Marque todo lo que corresponda:** Todos
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barrios Unidos | <input type="checkbox"/> Encompass | <input type="checkbox"/> Janus | <input type="checkbox"/> Positive Discipline |
| <input type="checkbox"/> County Office of Educ. | <input type="checkbox"/> First 5 Santa Cruz County | <input type="checkbox"/> Leaders in Community Alt. | <input type="checkbox"/> Sobriety Works |
| <input type="checkbox"/> Collaborative Court | <input type="checkbox"/> Goodwill | <input type="checkbox"/> Mentors | <input type="checkbox"/> Streets to Schools |
| <input type="checkbox"/> Conflict Resolution Center | <input type="checkbox"/> Hope Services | <input type="checkbox"/> Monarch Services | <input type="checkbox"/> Volunteer Center |
| | <input type="checkbox"/> Health Services Agency | <input type="checkbox"/> New Life Community Svc. | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Yo, _____, _____
(Nombre del cliente o representante del cliente) (Fecha de nacimiento)

por la presente autorizo al Departamento de Libertad Condicional del Condado de Santa Cruz a revelar y recibir información confidencial contenida en su expediente a las agencias indicadas anteriormente.

Entiendo que cualquiera de esta información puede ser utilizada por el Oficial de Libertad Condicional en cualquier informe a la Corte y, por lo tanto, estar disponible para el Fiscal de Distrito y mi abogado.

Puedo revocar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas), y si no lo revoco antes, terminará dentro de un año a partir de hoy (fecha): _____.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Firma del cliente o representante del cliente

Testigo: _____
Firma

Relación jurídica del firmante anterior: _____

Fecha: _____