

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE LA LIBERACIÓN DE CONFIDENCIAL
YO, _____ autorizar ESPERANZA D & A Educación DELINCUENTE
para revelar a _____

(nombre de la persona u organización a la que la divulgación ha de hacerse)

la siguiente información: _____

(naturaleza y cantidad de la información a revelar)

El propósito de la divulgación autorizada en esto es:

(propósito de la divulgación, lo más específico posible)

Entiendo que todos los Programas de Educación delincente se acatará y obtener el consentimiento para la divulgación requerida por las leyes federales y estatales aplicables en relación con la confidencialidad de los registros del paciente / cliente, incluyendo, en su caso, y sin limitación, 42 Código de Estados Unidos §290dd-2; 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2, y Código de Salud y Seguridad, Capítulo 611. Entiendo mis registros no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario por la normativa. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas en respuesta a la misma, y que, en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera.

(especificación de la fecha, evento o condición en la que expira este consentimiento)

Fecha: _____

Firma del Participante Firma del padre / tutor o
Representante Autorizado,
cuando sea necesario