

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACION/DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS CONFIDENCIALES

Yo, _____, por la presente autorizo a **Jackson Bibby Awareness Group** a divulgar información y registros relacionados con mi participación en el programa a las siguientes entidades:

- El Departamento de Vehículos Motorizados (DMV).
- El Departamento de Servicios de Atención Médica.
- Las Oficina De Programas De Alcohol y Drogas Del Condado
- Sucursales, Agencias, Departamentos y/o Divisiones del Sistema Judicial.
- Mi propio Abogado/Represente
- Mi propio Doctor/Médico

La divulgación de la información y/o registros autorizados en este documento es requerida con el propósito de establecer o determinar mi estado, progreso y/o cumplimiento con los términos y condiciones de mi participación en el programa. Dicha divulgación se limitará a la información y/o registros relacionados con mi progreso y participación en el programa.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por el/la abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción basada en esta autorización. Si no se revoca antes, esta autorización terminará noventa (90) días después de que finalice mi participación en el programa. También entiendo que, a pesar de los códigos (Códigos Civiles de California 56.11 y 56.15, y Regulación Federal CFR Sección 2.31), la información confidencial y/o los registros pueden divulgarse sin mi autorización conforme a la ley estatal y federal en las siguientes circunstancias:

- En virtud de una citación judicial o una orden judicial válida.
- Para reportar abuso infantil o abuso a personas mayores.
- Para reportar a una persona que representa un peligro para sí misma o para un tercero.
- Para reportar la intención de cometer un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa.

Una fotocopia, copia por fax o copia duplicada de esta autorización será tan válida como el original.

Firma Del Participante:	Fecha:
-------------------------	--------

Yo, _____, también autorizo por la presente a **Jackson Bibby Awareness Group** a divulgar información a mi representante designado:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____

Dicha información se limitará a información relacionada con pagos, programación de citas y, en caso de emergencias, con el propósito de facilitar el tratamiento. Esta autorización se rige por los mismos Códigos de California y Regulaciones Federales mencionadas anteriormente y terminará al mismo tiempo.

Firma Del Participante:	Fecha:
Firma Del Testigo:	Fecha: