



SEX OFFENSE TREATMENT AND ASSESSMENT PROGRAMS RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE DELITOS SEXUALES

Name/Nombre: _____ DOC number/Núm. DOC: _____ Agency(ies) making disclosure/Agencia(s) que realiza(n) la divulgación: _____

TYPE OF INFORMATION TO DISCLOSE TIPO DE INFORMACIÓN A REVELAR

- Treatment admission/participation/attendance/ completion status/ Admisión/participación/presencia en el tratamiento/estado de finalización
Assessment results/treatment recommendations Resultados de evaluación/recom. de tratamiento
Individual treatment plan Plan de tratamiento individual
Other/Otros:
Treatment documents/psychological reports Documentos de tratamiento/informes psicológicos
Compliance/non-compliance reports Informes de cumplimiento/incumplimiento
Discharge/transition summary Resumen del alta/transición

PURPOSE FOR USE AND/OR DISCLOSURE PROPÓSITO DE USO Y/O DIVULGACIÓN

- Patient request Solicitud del paciente
Treatment compliance/progress Cumplimiento/progreso del tratamiento
Mutual exchange of information (verbal/written)/ Intercambio mutuo de información (verbal/escrita)
Continuity of sexual offense treatment Continuidad del tratamiento de delitos sexuales
Legal/Legal
Other/Otros: _____

RECIPIENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION RECEPTOR DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Information may be disclosed to and used by the following individual(s) or organization/ La información puede ser divulgada y utilizada por las siguientes personas u organizaciones:

Name/organization/ Nombre/organización: _____ Address/Dirección: _____

Information may be delivered by written report, assessments, court reports, court staffing, secure electronic transmittal, and/or fax/ La información puede ser entregada por informe escrito, evaluaciones, informes judiciales, personal del tribunal, transmisión electrónica segura y/o fax.

REVOCAION, REDISCLOSURE, AND DURATION REVOCACIÓN, REDISTRIBUCIÓN Y DURACIÓN

I understand this authorization cannot be revoked by me and I will be denied services if I refuse to consent to disclosure for the purpose of treatment services. This consent will expire automatically 90 days from the date of this signed consent.

Entiendo que esta autorización no puede ser revocada por mí y que se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación con el propósito de los servicios de tratamiento. Este consentimiento expirará automáticamente a los 90 días de la fecha de este consentimiento firmado.

If I am subject to Indeterminate Sentence Review Board jurisdiction, this consent will terminate upon the expiration of my maximum sentence or the granting of final discharge. Si estoy sujeto a la jurisdicción de la Junta de Revisión de Sentencias Indeterminadas, este consentimiento terminará al expirar mi sentencia máxima o al otorgarse la liberación final.

_____ If I am subject to the Sentencing Reform Act, this consent will terminate upon the expiration of community supervision.

Si estoy sujeto a la Ley de Reforma de las Condenas, este consentimiento terminará al expirar la supervisión comunitaria.

**AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN**

I understand that authorizing the disclosure of my sex offense treatment records is voluntary and I may refuse to sign this authorization. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed per RCW 70.02. I understand that any disclosure of information carries the potential for an unauthorized re-disclosure and may not be protected by state confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I may contact the Sex Offense Treatment and Assessment Program.

Entiendo que autorizar la divulgación de mis registros de tratamiento de delitos sexuales es voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según el RCW 70.02. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad del estado. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con el Programa de Tratamiento y Evaluación de Delitos Sexuales.

Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

Witness/*Testigo*

Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.

El contenido de este documento puede ser objeto de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y serán redactados en caso de que se solicite. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file

COPY - Client, Recipient