



**SUBSTANCE ABUSE RECOVERY UNIT COMPOUND
RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
COMPLEJO DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE ABUSO
DE SUSTANCIAS DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Name/Nombre _____

DOC number/Núm. DOC _____

Agency(s) making disclosure/Organismo(s) que hace la divulgación _____

**TYPE OF INFORMATION TO BE DISCLOSED/REDISCLOSED
TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE REVELARSE/REDIVULGARSE**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assessment summary/Resumen de la evaluación | <input type="checkbox"/> Discharge/transfer summary Dada de alta/Resumen de transferencia |
| <input type="checkbox"/> Compliance/noncompliance reports Informes de cumplimiento/incumplimiento | <input type="checkbox"/> Other/Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Treatment admission/participation/attendance status Admisión a tratamiento/participación/estado de asistencia | |
| <input type="checkbox"/> Third-party release of assessment information, results, and treatment recommendations: Divulgación a terceros de la información de evaluación, resultados, y recomendaciones del tratamiento: | |

Agency/Agencia _____

Date completed/Fecha completada _____

**PURPOSE FOR USE AND/OR DISCLOSURE/REDISCLOSED
PROPÓSITO PARA EL USO Y/O REVELACIÓN/REDIVULGACION**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Participant request/Solicitud del Participante | <input type="checkbox"/> Continuity of substance use disorder treatment Continuidad de tratamiento de uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Treatment compliance/Cumplimiento del tratamiento | <input type="checkbox"/> Legal/Jurídica |
| <input type="checkbox"/> Mutual exchange of information Intercambio mutuo de información | <input type="checkbox"/> Other/Otros: _____ |

**RECIPIENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Recipient(s), including any title, institutional class, group, or other affiliation, to disclose to or receive from (**must include address, fax, and/or email address for recipient**):

*Destinatario(s), incluyendo cualquier título, clase institucional, grupo u otra afiliación, para revelar o para recibir información (**debe incluir la dirección, fax y/o dirección de correo electrónico para el destinatario**):*

- Prison Rape Elimination Act (PREA) reporting and investigations/Ley de Eliminación de Violaciones en Prisión (PREA) reporte e investigación
- Washington State Department of Corrections/Departamento de Correcciones del estado de Washington
- Washington State Department of Health (e.g., audits, PREA investigations)/Departamento de Salud del Estado de Washington (por ejemplo, auditorías, investigaciones de PREA)
- Court/Tribunal: _____
- Judge/Juez: _____
- Prosecuting Attorney/Fiscal: _____
- Defense Attorney/Abogado de la Defensa: _____
- Treatment agency/Agencia del Tratamiento: _____
- Other/Otro: _____

**REVOCAION, REDISCLOSURE, DURATION
REVOCACIÓN, REDIVULGACION, DURACIÓN**

I understand that this authorization cannot be revoked by me. I understand refusing to sign this agreement will result in a denial of services and will be considered failure to program, which may lead to a custody level demotion.

Entiendo que esta autorización no puede ser revocada por mí. Entiendo que el negarse a firmar este acuerdo dará lugar a una denegación de servicios y será considerado como un incumplimiento del programa, lo que puede conducir a una degradación del nivel de custodia.

This consent expires automatically when there has been a formal and effective termination/revocation of my release from confinement, probation, parole, or other proceeding under which I was mandated treatment, **or** 60 days following discharge from treatment, **or** 90 days from the date of this signed consent, **whichever is later**.

Este consentimiento caduca automáticamente cuando ha habido una terminación/revocación formal y real de mi liberación del confinamiento, libertad condicional, bajo palabra o cualquier otro procedimiento en virtud del cual se me encomendó el tratamiento, o a los 60 días siguientes a la dada de alta del tratamiento, o 90 días a partir de la fecha de la presente autorización firmada, la que sea posterior.

_____ If I am requesting release of information to a non-criminal justice entity (e.g., family member, Department of Licensing, Department of Social Health Services). I understand I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it, **or** 60 days following discharge from treatment.

_____ *Si estoy solicitando la divulgación de información a una entidad que no es de justicia penal (por ejemplo, a un miembro de la familia, Departamento de Licencias, Departamento de Servicios Sociales de Salud). Entiendo que puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas dependiendo de él, o 60 días después de la dada de alta del tratamiento.*

**AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN**

I understand that my records are protected under federal regulations governing confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Records, 42 CFR Part 2, and cannot be further disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. I have been provided a copy of this form.

Entiendo que mis archivos están protegidos en virtud de regulaciones federales en cuanto a la confidencialidad de Archivos de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR parte 2, y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito, salvo que se disponga lo contrario en los reglamentos. Me han proporcionado una copia de este formulario.

Signature/*Firma*

Date of birth/*Fecha de nacimiento*

Date/*Fecha*

Employee/Contract staff
Empleado/personal de contrato

Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

The records contained herein are protected by Federal Confidentiality Regulations 42 CFR Part 2. The Federal rules prohibit further disclosure of this information to parties outside of the Department of Corrections unless such disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2.

Los registros contenidos aquí están protegidos por regulaciones federales de confidencialidad 42 CFR Parte 2. Las normas federales prohíben la ulterior divulgación de esta información a partes fuera del Departamento de Correcciones, a menos que tal revelación esté expresamente permitida por consentimiento escrito de la persona a la que pertenecen o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR Parte 2.

Distribution: **ORIGINAL** - Clinical File **COPY** - Participant