 **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/ [ ]  Treatment documents/psychological reports

 completion status/*Admisión/participación/presencia Documentos de tratamiento/informes*

 *en el tratamiento/estado de finalización* *psicológicos*

[ ]  Assessment results/treatment recommendations [ ]  Compliance/non-compliance reports

 *Resultados de evaluación/recom. de tratamiento* *Informes de cumplimiento/incumplimiento*

[ ]  Individual treatment plan [ ]  Discharge/transition summary

 *Plan de tratamiento individual* *Resumen del alta/transición*

[ ]  Other/*Otros*:

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

[ ]  Patient request [ ]  Continuity of sexual offense treatment

 *Solicitud del paciente Continuidad del tratamiento de delitos sexuales*

[ ]  Treatment compliance/progress [ ]  Legal/*Legal*

 *Cumplimiento/progreso del tratamiento* [ ]  Other/*Otros*:

[ ]  Mutual exchange of information (verbal/written)/*Intercambio mutuo de información (verbal/escrita)*

|  |
| --- |
|  **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*.

|  |
| --- |
| **REVOCATION, 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