

**SISTEMA DE PROBATORIA DE LOS ESTADOS UNIDOS  
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**

Yo, \_\_\_\_\_, el suscrito, por este  
(Nombre del Cliente)  
medio autorizo a \_\_\_\_\_ a revelar información confidencial  
(Nombre del Programa)  
en su posesión a la Oficina de Probatoria de los Estados Unidos en \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Corte)

La información confidencial a ser revelada incluirá: fecha de entrada al programa; registro de asistencia, resultados de análisis de detección de uso de drogas, tipo, frecuencia y eficacia de la terapia (incluyendo notas de progreso del psicoterapeuta); ajuste general a las reglas del programa; tipo y dosis del medicamento; reacción al tratamiento; resultados de los exámenes (tales como medidas psicológicas-fisiológicas, vocacionales, evaluaciones específicas en cuanto al delito sexual, polígrafos clínicos); fecha y razón para retirarse del programa o darlo por terminado; diagnóstico y prognosis.

Esta información es para ser usada en conexión con mi participación en el programa arriba mencionado, el cuál es una condición de mi libertad supervisada posterior a la condena (incluyendo probatoria, libertad condicional, liberación mandatoria, o libertad supervisada), y puede ser usada por el oficial de probatoria con el propósito de mantener informado al oficial de probatoria en lo que respecta a mi acatamiento a cualquier condición o condición especial de mi supervisión. Entiendo que esta autorización es válida hasta que yo sea liberado de mi supervisión, momento en el cuál esta autorización para usar o divulgar esta información caduca. Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento al mandar tal notificación por escrito a la persona que funja como contacto en cuanto a la privacidad del programa a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Dirección del Programa)

Entiendo que si yo revoco esta autorización para revelar información confidencial, yo, de tal manera estaré revocando mi autorización para revelar más adelante tal información. También entiendo que el revocar esta autorización antes de cumplir con la condición de mi supervisión que requiere que yo participe en el programa será reportado a la corte. Mi revocación de autorización bajo tales circunstancias podría ser considerada una violación de una condición de mi supervisión posterior a la condena.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Madre o Guardián, si el Cliente es Menor de Edad)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Título del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)