

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL & DROGAS DEL CONDADO DE LINN

Linn County Alcohol & Drug Treatment Program

Referencia Escolar: Autorización para Revelar Información

Yo, _____, _____/_____/_____,
Nombre Fecha de Nacimiento

Por el presente autorizo y doy mi consentimiento al Programa de Tratamiento de Alcohol y Drogas del Condado de Linn (A&D) o los Servicios de Salud Mental (MHS) y a su personal profesional para:

Proveer información DEL Programa de Tratamiento de Alcohol & Drogas del Condado de Linn County o los Servicios de Salud Mental, PARA la persona/agencia nombrada abajo y obtener información de Programa de Tratamiento de Alcohol & Drogas del Condado de Linn County o los Servicios de Salud DE la persona/agencia nombrada abajo:

NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO
Escuelas Públicas de Albany	Oficina de los Programas Especiales	(541)967-4518
Consejeros y Administradores	1005 Spring Hill Dr NW, Albany	

La información identificada como pertinente para mí (la información específica extendida será revelada):

Asistencia a la escuela, calificaciones, reportes de conducta
Evaluación necesaria del abuso de drogas/alcohol y/o tratamiento de salud mental
Plan de tratamiento, asistencia y progreso en el tratamiento, incluyendo los resultados
"UA/Breathalyzer" (Del aliento)
Reporte a la administración de la escuela acerca de la participación y progreso en el tratamiento

El propósito de dicha información es:

Coordinación de los servicios
Para determinar la necesidad del cliente para el tratamiento
Para reportar acerca del progreso del tratamiento en cumplimiento de las condiciones de la audiencia de expulsión

Esta solicitud no incluye la revelación de información relacionada con HIV/AIDS. Se requiere una solicitud de revelación de información de HIV/AIDS por separado.

Yo entiendo que esta autorización de revelación de información, puede ser revocada en cualquier momento, con excepción de la acción que ya haya sido tomada. Esta solicitud expirara en 12 meses desde la fecha en que haya sido firmada o noventa (90) días después del contacto cara a cara, cualquiera sea la más reciente, a menos que se especifique otra fecha abajo.

Para las partes recibiendo esta información: Esta información ha sido revelada para Ud. de los archivos cuya confidencialidad es protegida por la ley del Estado y Federal. Las regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) prohíben que Ud. haga cualquier revelación sin un consentimiento por escrito de la persona pertinente o como sea permitido por tales regulaciones. Una autorización general para la revelación de información médica u otra, no es suficiente para este propósito.

Firmado _____ Fecha _____
Estudiante

Firmado _____ Fecha _____
El Apoderado Legal si el cliente es menor de edad