Travis County Counseling & Education Services

P.O. Box 1748, Austin, TX 78767 (512) 854-9540; Fax 854-9146

Caryl Clarke Colburn, Director

CE# _____ Fecha de Nacimiento _____

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA COMPARTIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____, verifico y doy mi consentimiento para que haya comunicación entre la Agencia de Servicios Previos a la Corte, evaluación y Consejería de Travis County Counseling and Education Services (TCCES) y otros elementos del Sistema Judicial Criminal o Civil incluyendo mi abogado en esta causa # _____ o nombre del abogado _____, el Departamento de Libertad Bajo Palabra, el Programa del Alcohol y Drogas del Departamento de Correcciones del Condado de Travis, y/o cualquier otra agencia de Justicia Criminal o Civil. **Entiendo si deseo revelar información a otro abogado aparte del que esta enlistado arriba, debo de llenar o ejecutar otro consentimiento para compartir la información.**

El propósito y la necesidad de revelar esta información es la de hacerle saber a la o las agencias enlistadas arriba de los resultados de mi evaluación y mi asistencia y progreso en el programa de consejo. La cantidad de información a ser revelada incluyendo cualquier uno del siguiente: el diagnóstico en el reporte de evaluación, información acerca de mi asistencia o falta de asistencia a las sesiones de consejo/tratamiento, y si completé o no el programa de consejo que se me asignó.

Entiendo que este consentimiento estará en efecto y no se podrá revocar hasta:

- * Que haya una terminación efectiva y formal o que mi libertad condicional o bajo palabra haya sido revocada o cualquier otro procedimiento bajo el cual fuí enviado a la agencia de consejos TCCES

Tambien entiendo que cualquier información revelada está protegida por la Parte 2 del Titulo 42 del Código de Regulaciones Federales que gobierna la confidencialidad de los expedientes de los pacientes con abuso de drogas y/o alcohol y que las personas que reciban esta información pueden revelarla unicamente como parte de sus deberes oficiales.

Fecha

Firma del Apicante

Firma del Padre, Guardián u otro
Representante Autorizado, si es
requerida.