

CONSENTIMIENTO de VASAP PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - GENERAL

Probacionista: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente otorgo el consentimiento del Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) para intercambiar información con:

- El Tribunal de Registro/Remisión
- La oficina del Fiscal del Commonwealth
- Abogado(s) registrado(s)
- Agencias locales, estatales y federales de aplicación de la ley
- Otras entidades de justicia penal
- el Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia
- proveedores de servicios de enclavamiento de encendido VASAP aplicables
- Otro (especificar) _____

con el fin de facilitar, supervisar, verificar e informar mi participación y cumplimiento de los requisitos ASAP.

Entiendo que, si un tribunal me remite al Programa de Acción de Seguridad del Alcohol, la información sobre mi participación se informará al tribunal y mi consentimiento para ese propósito terminará al completar con éxito mi libertad condicional ASAP. En caso de incumplimiento, este Consentimiento para la divulgación de información confidencial no expirará hasta que el tribunal remitente termine formalmente la supervisión del caso por parte del Programa de Acción de Seguridad del Alcohol.

Entiendo que, si me inscribo en el Programa de Acción de Seguridad del Alcohol para completar un requisito del **DMV**, este Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial expirará automáticamente al finalizar mi participación lo antes posible.

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Además, entiendo que toda la información de tratamiento está protegida por HIPAA y no puede ser divulgada por el ASAP sin mi consentimiento; sin embargo, si elijo transferirla a otro ASAP, todos los registros para incluir registros de tratamiento se enviarán al supervisor lo antes posible para administrar mi caso de manera efectiva. Una copia de este formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial se considerará válida como el original.

Ejecutado esto _____ **Día de** _____, **20** _____

Firma del participante: _____

Firma del padre/tutor (*requerida si es menor de 18 años*): _____

Para revocar el consentimiento para la divulgación de información, complete esta sección.

Fecha de revocación: _____

Firma del participante: _____

Firma del padre/tutor (*si es necesario*): _____

PROHIBICIÓN DE VOLVER A DIVULGAR: Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las Reglas Federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.

[Updated 8/23/19]