

ESTADO DE RHODE ISLAND

**TRIBUNAL DE DISTRITO
UNIDAD DE SERVICIOS PREVIOS A JUICIO
Complejo Judicial Noel
222 Quaker Lane
Warwick, RI 02886
(401) 822-1310 Fax (401) 822-6799**

Autorización para divulgar información

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque sólo uno: enviar u obtener. (Enviar significa que nuestros archivos son enviados. Obtener significa que obtenemos los archivos. Examinar los medios significa que obtenemos o enviamos; podemos tener una conversación de dos vías con la persona o lugar indicado.)

Por la presente autorizo a que la Unidad de Servicios Previos a Juicio **Envíe a/Examine** los archivos sobre mis cuidados a:

Por la presente autorizo a que la Unidad de Servicios Previos a Juicio **Obtenga/Examine** los archivos sobre mis cuidados en:

Nombre: _____

Dirección: _____

La información relacionada a mi identidad, nivel de cuidado, programas, diagnóstico o tratamiento debe incluir:

Resumen al dar de alta	Evaluación psiquiátrica	Notas de progreso
Plan de tratamiento	Historial y examen físico	Datos de laboratorio
(Otro(s), especifique) _____		

De la(s) siguientes fecha(s) de servicio _____

Puede(n) emitirse por medio de los siguientes métodos: (marque todos los que sean aplicables)

Fax Teléfono/verbal Material impreso Todos

La información es necesaria para el/los siguiente(s) propósito(s): _____

Otro (especifique) _____

Entiendo que mi historial médico puede contener información que se considere delicada según la ley. La(s) casilla(s) que he marcado a continuación indica(n) que no autorizo a que se proporcione información de esa índole, de haberla: Infección de VIH/SIDA Enfermedades transmitidas sexualmente Otra _____

Entiendo que mis archivos están protegidos por las Leyes Generales de Rhode Island y no pueden proporcionarse sin mi consentimiento, excepto en los casos indicados por la ley. Además, si indican abuso de alcohol o drogas también están protegidos por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2, Confidencialidad de los archivos de pacientes que abusan de alcohol y drogas. Entiendo que mis archivos no se pueden proporcionar sin mi consentimiento escrito, salvo que en las regulaciones se estipule lo contrario. Este consentimiento no durará más de un (1) año desde la fecha de su emisión. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento (por escrito) en cualquier momento, excepto en la medida en que se ha tomado una acción de acuerdo a esta autorización.

Entiendo que esta información es necesaria para determinar el modo y tipo de garantía o condiciones de fianza a imponerse sobre dicho acusado.

He leído y comprendo las declaraciones anteriores y voluntariamente consiento a la divulgación de la información y/o archivos de salud mental para que se entreguen a la Unidad de los Servicios Previos a Juicio del Tribunal de Distrito de Rhode Island.

Firma del acusado

Fecha

Agente de los Servicios Previos a Juicio

Fecha