

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
EVALUACIÓN Y/O TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS**

Yo, _____, cuya fecha de nacimiento es _____,
(Nombre del individuo) (Fecha de nacimiento)

y cuyo número de seguro social es _____, por este medio autorizo a:
(Número de seguro social)

El Departamento de Servicios Humanos y/o _____
(Nombre del programa de servicio AOD o de la agencia)

Y

al Departamento de Servicios para Niños y Familias y/o _____
(Nombre de la agencia)

a proporcionarse entre ellos la siguiente información: (El cliente y/o el tutor legal deben poner sus iniciales sobre la información pertinente que podrá ser revelada):

_____ Información sobre la identidad, incluyendo el nombre legal, la fecha de nacimiento y el número de seguro social.

_____ Información sobre la asistencia a entrevistas de evaluación.

_____ Información sobre los antecedentes de abuso de sustancias.

_____ Notificación de las próximas audiencias judiciales, revisiones del caso, etc. para permitir la preparación de informes de estado.

_____ Información sobre la asistencia a tratamientos, colocación, y el progreso.

_____ Información sobre interacciones entre padre-hijo, observadas durante el proceso del tratamiento.

_____ Información sobre su alta/continuación del plan de cuidado o del estado para dar de alta

_____ Información sobre el regreso del niño a casa

_____ Información sobre los resultados del análisis de orina.

_____ Revelación de información sobre historia de abuso de sustancias y sobre el progreso del tratamiento, a entidades del Tribunal juvenil responsable, de acuerdo a lo autorizado por el acta del tribunal juvenil y lo sea ordenado por el tribunal.

_____ Una copia de la porción del cliente de la Historia social y del plan individualizado de servicio al cliente.

Yo comprendo que este intercambio de información es necesario para completar mi recomendación para los servicios necesarios y para obtener actualizaciones con respecto a mi concurrencia y a mi progreso en el tratamiento.

