

MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

NÚMERO DE CASO: _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, por este medio, doy permiso para un
(nombre del acusado o demandado)
continuo intercambio de información entre _____
(Proveedor del tratamiento)

y los siguientes individuos y agencias que trabajan mancomunadamente en el Tribunal de Salud Mental del Condado de Marion

- Juez que preside el Tribunal de Salud Mental
- La Fiscalía
- Defensoría Pública / otro abogado defensor
- Coordinador del Tribunal de Salud Mental / empleado
- Administración Judicial, en su capacidad de miembro del equipo del tribunal de salud mental
- Oficina del Comisario, en su capacidad de miembro del equipo del tribunal de salud mental
- Empleado de la Oficina de Probatoria
- Representante del NAMI, en su capacidad de miembro del equipo del tribunal de salud mental
- Otras agencias que proveen servicios y tratamientos a los participantes de este tribunal
- Mi(s) víctima(s) en la medida en que mi información esté incluida en el informe precondenatorio.

y también _____
Nombre de la persona, relación

El propósito y la necesidad de este intercambio de información es para que se tenga conocimiento de mi admisibilidad/participación en el Tribunal de Salud Mental del Condado de Marion, del tratamiento que necesito y sobre mi progreso en el mismo. La información a intercambiarse puede incluir mi diagnóstico, plan de tratamiento, asistencia a los tratamientos, cumplimiento del programa, progresos, y mi proyección/participación en cada fase relacionada con el programa de Salud Mental del Tribunal. Esta información permitirá que el personal médico planifique y coordine los servicios que necesito para que imponga sanciones o incentivos apropiados según mi comportamiento, para presentar facturas a pagar por mis servicios, para mantener datos sobre mi persona, y para hacer auditoría, para evaluar o conducir investigaciones acerca de actividades y efectividad del programa de Salud Mental del Tribunal. También permitirá que cualquier persona cuyo nombre apareciere en esta autorización (tal como un pariente) se involucre en mis actividades del programa de Salud Mental del Tribunal. Además, entiendo que esta información, en parte o en su totalidad, será mencionada en el tribunal en audiencia pública.

Office of the Court Administrator, Fifth Judicial Circuit
Marion County Court Alternatives
110 NW 1st Avenue, Room 1057-1
Ocala, Florida 34475

Teléfono: 352-401-6769 Facsímile: 401-8160

MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

La índole de la información que será compartida incluirá, pero no se limita a: historia clínica, incluyendo evaluaciones actuales, diagnósticos, tratamiento y medicaciones; registros de antecedentes penales y de arrestos, información diagnóstica y evaluaciones de riesgo de uso de alcohol / drogas, plan de tratamientos, directrices judiciales, resultados de pruebas de drogadicción, informes de progreso, informes de cumplimiento del programa y otros compartimientos relacionados, y recomendaciones de servicios, sanciones e incentivos.

La divulgación de esta información confidencial puede hacerse solo cuando sea necesario y pertinente para audiencias, planificación de casos, tratamiento y / o informes relacionados con el número de caso mencionado anteriormente. Ninguna persona, aparte de la mencionada anteriormente, tendrá acceso a esta información sin mi consentimiento adicional.

Entiendo que revocar esta autorización resultará en mi despido del Tribunal de Salud Mental. Estoy de acuerdo en que la divulgación de la información anterior, antes de la terminación del Tribunal de Salud Mental, la sentencia y / o la revocación de este consentimiento no será una violación de mi derecho a la confidencialidad.

Además, entiendo que las personas y las agencias que trabajan juntas en el Tribunal de Salud Mental de Marion presentarán formularios del Tribunal de Salud Mental en mi archivo judicial de delitos menores subyacente y que los formularios estarán abiertos a la inspección pública.

Entiendo que cualquier divulgación hecha con respecto al abuso de sustancias y el tratamiento de salud mental está sujeta al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42CFR) que rige la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de sustancias y salud mental y que los destinatarios de esta información pueden volver a divulgarla solo en relación con sus deberes oficiales, y solo con respecto a estos procedimientos penales particulares.

Fecha

Firma del acusado/demandado

Escriba su nombre

Aviso a la persona u organización receptora: Prohibición de la redivulgación sin consentimiento Este aviso acompaña una divulgación de información sobre un cliente en abuso de alcohol / drogas y tratamiento de salud mental realizado a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 C.F.R. 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 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

El Tribunal de Salud Mental del Condado de Marion no discrimina a los solicitantes calificados y por motivos de raza, color, religión, género, edad, origen nacional, estado civil, minusvalía (discapacidad) o estado de veterano o según lo prohíba la ley federal, estatal o local.

Office of the Court Administrator, Fifth Judicial Circuit
Marion County Court Alternatives
110 NW 1st Avenue, Room 1057-1
Ocala, Florida 34475

MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

Office of the Court Administrator, Fifth Judicial Circuit
Marion County Court Alternatives
110 NW 1st Avenue, Room 1057-1
Ocala, Florida 34475
Teléfono: 352-401-6769 Facsímile: 401-8160