

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

Fecha: _____

MHC Caso # _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Sexo (M/F): _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Dirección de correo si es diferente: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Licencia de conducir o carné de identidad del estado: (marque uno) Sí / No

Número de licencia de conducir o de carné de identidad: _____

Últimos 4 números del Seguro Social: ___xxx - xx - _____

Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Marion: _____

Contacto en caso de emergencia: Nombre: _____

#(s) de teléfono: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Cargo(s) actual(es): _____

Número de causa: _____

Actualmente en la cárcel (Por favor, marque uno): Sí / No. Si es así, fecha de encarcelamiento: _____

Condenas anteriores: _____

Nombre del abogado: _____

Defensor público/Nombre de la oficina de abogado(s) _____

Número de teléfono: _____

El Tribunal de Salud Mental del Condado Marion no discrimina contra solicitantes que reúnen los requisitos ni por su raza, color, religión, género, edad, nacionalidad, estado civil, impedimento (discapacidad) o por ser o no ser veterano de guerra o por cualquier otra razón que la ley federal, estatal o local prohíba.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

El propósito y la necesidad de este intercambio de información es proporcionar información sobre mi admisibilidad y participación en el proceso de solicitud del programa de Salud Mental del Tribunal. La información que se intercambiará puede incluir información sobre mi diagnóstico que incluirá, pero no se limita a: historial médico, incluidas evaluaciones actuales, diagnóstico, tratamiento y medicamentos, arresto y antecedentes penales, evaluación de riesgo y consumo de alcohol / drogas e información de diagnóstico.

Los miembros del equipo de Tratamiento del Programa del Tribunal de Salud Mental son; el juez que preside el Tribunal de Salud Mental, el Subfiscal del Estado, el Defensor Público u otro Abogado Defensor, el Coordinador del Tribunal de Salud Mental, el Supervisor / personal de Alternativas del Tribunal, el representante de NAMI y la Policía en su calidad de miembro del equipo del Tribunal de Salud Mental.

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

Entiendo que cualquier divulgación hecha con respecto al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias está sujeta a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42CFR, parte 2), que rige la confidencialidad de los registros de pacientes de salud mental y abuso de sustancias y que quienes reciben esta información pueden volver a divulgarla solo en relación con sus deberes oficiales, y sólo con respecto a estos procedimientos penales particulares.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del abogado (Por favor, escriba en letra de imprenta)

Firma del abogado

Fecha

Por favor remita la referencia completa junto con la autorización para revelar información a:

The Clerk of the Court, County Criminal, Room 1062

o envíelo por e-mail/scan a agordian@circuit5.org

En caso de preguntas, por favor llame a Adaly Gordian @ 352-401-6769

El Tribunal de Salud Mental del Condado Marion no discrimina contra solicitantes que reúnen los requisitos ni por su raza, color, religión, género, edad, nacionalidad, estado civil, impedimento (discapacidad) o por ser o no ser veterano de guerra o por cualquier otra razón que la ley federal, estatal o local prohíba.

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

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 comportamientos 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

SMA Healthcare

Authorization to Release Confidential Information

Client Name: _____ MR#: _____

Date of Birth: _____ Social Security Number: _____ Date: _____

I, the undersigned, authorize SMA Healthcare, Inc. (SMA) to disclose or obtain the information specified below from the medical records of the above named client in accordance with Florida Law and Federal Law. I understand that this Authorization extends to all and any part of my medical records, which may include information regarding: records of minors; history, diagnosis, treatment, and/or testing of Drug or Alcohol Use, Mental Health, or Communicable Disease, including STD, HIV, and AIDS/ARC. I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by state or federal law.

Access Code (Pin Number): _____

- Information may be disclosed to:
 Information may be obtained from:

Name: Marion County Mental Health Court Telephone #: _____
Address: 110 NW 1ST Ave City: Ocala
State: FL Zip Code: 34475 Email: _____ Fax #: 352-401-7896

Method of Disclosure: (check all that apply) Verbal/Telephone U.S. Mail Pick-up Fax Secured Email (MR Only)

Dates of information requested when a paper/electronic copy is provided: _____ to _____

Disclosure of: Enrichment Primary Care Substance Use Mental Health

Purpose of Disclosure:

- Client Request Copies Department of Children & Families Investigation Financial
 Continuity of Care/Treatment Discharge Planning Laboratory Litigation/Legal
 Other (specify): _____ Social Security

Information to be Disclosed: Place your initials (letter of your first and last name) in the space(s) below:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comprehensive Assessment | <input type="checkbox"/> Laboratory Results | <input type="checkbox"/> Progress in Treatment |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Letter of Attendance | <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Financial/Demographic Information | <input type="checkbox"/> Medical Note (Primary Care Only) | <input type="checkbox"/> Screening |
| <input type="checkbox"/> History and Physical (H&P) | <input type="checkbox"/> Medication Record | <input type="checkbox"/> Treatment Plan |
| <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ | | |

I understand that I have the right to revoke this Authorization in writing at any time and that the revocation will not be effective retroactively for disclosures that have already occurred based on this Authorization. I also understand that this Authorization will expire one (1) year from the date of signature as it appears below, unless I revoke this Authorization prior to that time. I am signing this Authorization voluntarily; I have the right to refuse to sign. My ability to receive treatment, payment, or my eligibility for benefits will not be affected whether or not I sign this Authorization.

SMA charges a reasonable and customary fee for reproduction of records.

Signature of Client _____ Date _____
Verbal consent was obtained Yes* NA

Signature of Staff/Credentials (witness) _____ ID # _____ Date _____

Signature of Parent/Legal Guardian, if applicable _____ Relationship _____ Date _____
(Proof of Guardianship must be submitted with this request.)

Signature of Staff/Credentials (second witness*) _____ ID # _____ Date _____

Health Information Management: 5664 SW 60th Ave, Ocala, FL 34474 Phone: (352) 291-5555 Fax: (352) 291-5586

Notice to Recipient of Information:
42 CFR part 2 prohibits unauthorized disclosure of these records.