

Programa de rehabilitación para quienes conducen bajo influencia de drogas o bebidas alcohólicas
Divulgación de información confidencial

Yo, , (con fecha de nacimiento) autorizo:

- al Programa de rehabilitación para quienes conducen bajo influencia de drogas o bebidas alcohólicas (Impaired Driver Rehabilitation Program, IDRP),
- al Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV) de Vermont,
- al Departamento Correccional de Vermont, incluido el de Libertad Condicional y Provisional (si corresponde),
- al distrito de Vermont o tribunales superiores correspondientes,
- al Programa de desvío judicial o Programa de seguridad para adolescentes en relación con el alcohol (si corresponde),

a comunicarse y divulgar mutuamente información sobre los hechos de mi inscripción, estado actual y finalización del programa de terapia o escuela del IDRP. La cantidad de información revelada será la cantidad mínima necesaria para satisfacer el propósito. Esta información puede incluir información sobre el tratamiento de abuso de sustancias con el fin de determinar lo siguiente:

- cumplimiento de los requisitos para el restablecimiento de mis privilegios de conducción,
- cumplimiento de las condiciones de mi libertad condicional,
- otros.

Marque cualquier agencia o persona(s) adicional(es) a la(s) que se pueda divulgar información y de las cuales se pueda recibir:

Cónyuge u otro miembro de la familia (debe indicar los nombres)

Abogado (debe indicar el nombre)

Departamento de Vehículos Motorizados que no sea de Vermont

Estado:

Dirección:

Fax:

Consejero/centro de tratamiento

Otra(s) persona(s)

Autorizo al IDRP a comunicarse conmigo por correo electrónico y entiendo que estas comunicaciones no pueden garantizarse como seguras o confidenciales.

Dirección de correo electrónico:

Al firmar el presente formulario, entiendo que: mis registros de tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Abuso de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que la normativa permita lo contrario. El IDRP protegerá mis datos, pero existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de este consentimiento vuelva a ser divulgada por el destinatario. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con el IDRP, excepto en la medida en que ya se haya utilizado. Si no se revoca antes, este consentimiento expira automáticamente cuando salga de libertad condicional o cuando se me restituyan mis privilegios para conducir. No estoy obligado a firmar este formulario de participación en el IDRP, pero si no lo firmo, el IDRP no puede compartir la información sobre la finalización del programa con el DMV ni con ninguna otra parte.

Firma del participante:

Fecha:

Impaired Driver Rehabilitation Program Release of Confidential Information

I, , (with date of birth) authorize:

- The Impaired Driver Rehabilitation Program (IDRP),
- The Vermont Department of Motor Vehicles (DMV),
- The Vermont Department of Corrections, including Probation & Parole (if applicable),
- Applicable Vermont District or Superior Court(s),
- Court Diversion and/or Teen Alcohol Safety Program (if applicable)

to communicate with and disclose to one another information about the facts of my enrollment, current status, and completion of the IDR Program School/therapy program. The amount of information disclosed will be the minimum amount necessary to satisfy the purpose. This information may include substance abuse treatment information for the purpose of determining:

- Completion of requirements for the reinstatement of my driving privileges, and/or
- Compliance with the conditions of my probation/parole, and/or
- Other

Please check any additional agencies/person(s) to whom information may be disclosed and received:

Spouse and/or other family member (must list names)

Attorney (must list name)

Department(s) of Motor Vehicles in State(s) other than Vermont

State:

Address:

Fax:

Counselor/Treatment facility

Other person(s)

I authorize the IDR Program to communicate with me via email and understand that these communications cannot be guaranteed as secure or confidential.

Email address:

By signing this form, I understand: my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise allowed by the regulations. IDR Program will protect my information but there is the potential for information disclosed pursuant to this consent to be redisclosed by the recipient. I may revoke this consent at any time by contacting IDR Program except to the extent it was already relied on. If not sooner revoked this consent expires automatically upon my release from probation/parole and/or upon reinstatement of my driving privileges. I am not required to sign this form to participate in IDR Program but if I do not sign this form IDR Program cannot share program completion information with DMV or any other party.

Signature of Participant:

Date: