

DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES DE ILLINOIS

Autorización para otorgar Información sobre la Salud Mental o Tratamiento por Abuso de Sustancias de la Persona Detenida

Esta autorización no puede ser usada para obtener información médica (use formulario DOC 0241)

El Departamento de Correcciones no condicionará tratamiento con ésta autorización. Información sobre salud mental otorgada de acuerdo a ésta autorización no puede ser otorgada a otros/terceros excepto de conformidad con la autorización de la persona detenida o el representante de la persona detenida. Si ésta autorización es para notas de psicoterapia, no debe ser usada como autorización para otro tipo de información médica confidencial.

Yo por la presente autorizo _____ otorgar
Institución Correccional

Sección A: Información sobre Salud Mental (información específica al estado de salud mental a otorgarse incluyendo fecha(s) o rango de fechas):

Blank lines for providing mental health information.

Sección B: Información sobre el Tratamiento por abuso de sustancias (de acuerdo a lo indicado líneas abajo):

Ponga sus iniciales en todas las áreas relevantes a continuación, en caso que archivos sobre tratamiento contra abuso de sustancias estén siendo autorizados (incluya fecha(s) o rango de fechas):

- Diagnóstico
Evaluación/Valoración
Plan de Tratamiento
Resumen de Servicios del Tratamiento
Continuación del Plan de Cuidados
Otros (especificar):
Informes Toxicológicos/Análisis de Drogas
Información sobre el manejo de la Medicación
Asistencia al tratamiento
Informe sobre el Progreso del tratamiento
Información Educativa

A Solicitud de la persona detenida y/o: _____
Propósito de otorgamiento de información

de los archivos de _____ ID# _____ Nombre de la Persona Detenida en letra de imprenta

: [] Uno mismo [] Abogado autorizado [] Institución Médica [] Otro: _____

Nombre: _____
Nombre en letra de imprenta

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Por la presente libero y exonero al Estado de Illinois, al Departamento de Correcciones y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pudiera ocurrir como consecuencia del otorgamiento o difusión de los archivos o información contenida en los mismos como resultado del acceso permitido al abogado autorizado, Institución de Servicios Médicos, otra persona especificada, o a mí mismo(a). Entiendo que tengo derecho a revocar ésta autorización en cualquier momento previo al otorgamiento, avisando por escrito (Ante la presencia como testigo de alguien que conoce mi identidad) al Oficial de Privacidad de la Institución Correccional.

Expiración: Esta autorización expirará (complete una):

- [] 45 días desde la fecha de firma. (_____)
[] En cuanto ocurra el siguiente hecho (debe relacionarse al individuo o propósito de la autorización):

Firma:

Firma de la Persona Detenida o Persona Autorizada Tipo de Relación Fecha

Testigo:

Nombre en letra de imprenta Cargo

Firma Fecha

Si IDOC solicitó el otorgamiento de información dé una copia al Persona Detenida/Give Individual in Custody a copy if DOC made the request for release.