

## **DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD Y AUTORIZACION PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN**

1. Se me ha explicado la póliza del programa de ALTO acerca de la confidencialidad.
2. Por medio de este documento yo autorizo al programa ALTO a suministrar información acerca de mi participación y tratamiento en este programa a las siguientes personas y organizaciones: su abogado(a), al procurador del condado de Santa Cruz, a la Corte Municipal del condado de Santa Cruz, y al Departamento de Motores y Vehículos.
3. También autorizo por medio de este documento, que puedan suministrar información acerca de mi participación y tratamiento en este programa a la persona que represente la Administración de Alcoholismo del condado de Santa Cruz, así como al departamento de Drogas Y Alcohol del estado de California. Entiendo que esta información es necesaria para estas instituciones para completar las investigaciones que el estado de California requiere.
4. Yo autorizo a ALTO que de información acerca de mi cuenta por servicios recibidos y cualquier información que sea necesaria para que facilite el cobro de estos servicios a la agencia calificada (Departamento de Colecciones).
5. Entiendo que yo recibiré copias de todos los informes que se le suministren a dichas instituciones.
6. Entiendo que mi registro es confidencial y no puede ser revelado excepto por este documento u otro firmado por mí. También entiendo que no puede ser revocado por mí excepto cuando haya sido terminado formalmente de mi participación en el programa mencionado. O cuando la acción en relación con este ya haya sido tomada por la corte, probación. Puede ser revocado por mí por escrito en cualquier momento. Este documento se expira automáticamente seis meses después de haber completado con los servicios requeridos del programa. Con la excepción que el condado y el estado tiene acceso a continuar con el propósito de seguir evaluando el programa.

\* Si el cliente no es mandado por la corte a participar en el programa, la información será revelada a la agencia que lo requiere solamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Abogado

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Abogado

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha