# VASAP CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL-GENERAL

**Probatoria:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente autorizo el consentimiento del programa de acción de seguridad de alcohol de Virginia (VASAP) para intercambiar información relacionada con mis requerimientos ASAP con:
-el Tribunal de registro/remisión
-la Fiscalía del Commonwealth
-abogado (s) de registro
-agencias de policía locales, estatales y federales
-otras entidades de justicia penal
-el Departamento de vehículos motorizados de Virginia
-proveedores de servicio de enclavamiento de ignición VASAP aplicables
-otros (especifique)_____

☐ Entiendo que estoy siendo referido al programa de acción de seguridad de alcohol por un tribunal. La información concerniente a mi participación será reportada a la corte, y mi consentimiento para ese propósito terminará al terminar satisfactoriamente mi probación de ASAP. En caso de incumplimiento, este consentimiento para la divulgación de información confidencial no expirará hasta que el Tribunal de referencia termine formalmente el control del caso sobre el programa de acción para la seguridad del alcohol.

☐ Entiendo que estoy matriculado en el programa de acción de seguridad de alcohol para complete un requerimiento del DMV. Este consentimiento para la divulgación de información confidencial expirará automáticamente al término de mi participación en ASAP.

Entiendo que mis expedientes están protegidos bajo las regulaciones federales de confidencialidad (42 CFR parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se estipule lo contrario en las regulaciones. Entiendo además que toda la información de tratamiento está protegida bajo HIPPA y no puede ser liberado por ASAP sin mi consentimiento; sin embargo, si elijo transferir a otro ASAP, todos los registros para incluir los registros de tratamiento serán enviados a la supervisión ASAP para poder administrar eficazmente mi caso. Una copia de este consentimiento para la divulgación del formulario de información confidencial se considerará válida como original.

**Ejecutado este** _____ **día de**_____ , **20**_____

**Firma del participante:** _____

**Firma del padre/guardián (requerido si es menor de 18 años):** _____

Para revocar el consentimiento para la divulgación de información, complete está sección.
**Fecha revocada:** _____

**Firma del participante:** _____

**Firma del padre/guardián (requerido si es menor de 18 años**): _____

Prohibición ON RE-divulgación: está información se ha divulgado a su de los expedientes protegidos por reglas federales de la confidencialidad (42CRR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté permitido expreso por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra forma no es suficiente para este propósito.