

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL ABOGADO DE REGISTRO

Por la presente autorizo la publicación de todos los registros que me concierne en posesión de la Oficina de Libertad Condicional de la Corte de Distrito del Condado de Whatcom a mi abogado de registro. Esta publicación se aplica a todos los registros, incluidos, entre otros, los registros policiales, los registros de detención, los registros de libertad condicional, los registros de tratamiento, los registros médicos y los informes de evaluación.

Entiendo que algunos de mis registros pueden estar protegidos bajo las leyes federales y estatales de confidencialidad (i.e. 42CFR parte 2, 45CFR partes 160 y 164, RCW 70.02 y 71.05), y no puede ser revelado sin mi consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de él. En cualquier caso, este consentimiento expira al terminar mi libertad condicional.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha De Nacimiento

Fecha

Nombre Del Testigo

Firma

Fecha

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL ABOGADO DE REGISTRO

Por la presente autorizo la publicación de todos los registros que me concierne en posesión de la Oficina de Libertad Condicional de la Corte de Distrito del Condado de Whatcom a mi abogado de registro. Esta publicación se aplica a todos los registros, incluidos, entre otros, los registros policiales, los registros de detención, los registros de libertad condicional, los registros de tratamiento, los registros médicos y los informes de evaluación.

Entiendo que algunos de mis registros pueden estar protegidos bajo las leyes federales y estatales de confidencialidad (i.e. 42CFR parte 2, 45CFR partes 160 y 164, RCW 70.02 y 71.05), y no puede ser revelado sin mi consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de él. En cualquier caso, este consentimiento expira al terminar mi libertad condicional.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha De Nacimiento

Fecha

Nombre Del Testigo

Firma

Fecha