

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN  
(ORGANIZACIÓN O PERSONA PRIVADA)  
AL OFICIAL DE PROBATORIA**

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo, \_\_\_\_\_, el suscrito, por este medio, autorizo a la Oficina de Oficiales de Probatoria de los Estados Unidos para el Distrito \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ o a su(s) representante(s) o empleado(s) autorizado(s), que presenten esta autorización, o una copia de tal documento, para obtener cualquier información contenida en sus expedientes con relación a mi:

- Empleo
- Expedientes Académicos (incluyendo pero no limitado al logro académico, asistencia, atletismo, historial personal, e historial disciplinario)
- Registros Médicos
- Registros Psicológicos y Psiquiátricos

Yo, por este medio, dispongo que usted revele tal información a petición del portador. Esta autorización es firmada con pleno conocimiento y entendimiento de que la información es para el uso oficial de la Oficina de Oficiales de Probatoria.

Yo, por este medio lo relevo a usted, como guardián de tales registros, cualquier escuela, colegio, o universidad, u otra institución educacional; hospital u otro depósito de registros médicos; agencia de servicio social; cualquier empleador o establecimiento de negocio de venta al por menor, incluyendo sus funcionarios, empleados, o personal relacionado, en forma individual y colectiva, de cualquier, y de toda responsabilidad, por daños resultantes de cualquier naturaleza que en cualquier momento pudieran afectarme a mí, mis herederos, familia, o asociados debido al acatamiento de esta autorización y petición de información o de cualquier otro intento de acatarse a ella.

En relación a información confidencial sobre mi salud, entiendo que esta autorización es válida hasta que yo sea liberado de la supervisión, momento en el cuál esta autorización para usar o revelar información caduca. Entiendo que la información que sea usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser revelada por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

En relación a información confidencial sobre mi salud, entiendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento al mandar tal notificación por escrito a la persona que funja como contacto en cuanto a la privacidad del programa a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Dirección del Programa)

En relación a información confidencial sobre mi salud, entiendo que si yo revoco esta autorización para revelar información confidencial, yo, de tal manera estaré revocando mi autorización para revelar más adelante tal información. También entiendo que el revocar esta autorización antes de cumplir con la condición de mi supervisión que requiere que yo participe en el programa será reportado a la corte. Mi revocación de autorización bajo tales circunstancias podría ser considerada una violación de una condición de mi supervisión posterior a la condena.

\_\_\_\_\_  
(Firma Autorizante-Nombre Completo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre Completo-Letra de Molde o Escrito a Máquina)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

TESTIGO -

\_\_\_\_\_  
(Oficial de Probatoria)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)