



## PROGRAMA LEY 22

### AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN (CLIENTE)

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
(Nombre del Cliente) (Estado Civil)  
vecino de \_\_\_\_\_, autorizo al Programa de Ley 22 a dar información  
de mi expediente de tratamiento número \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre de persona u organización a quien se le va a ofrecer la información)

#### I. La información específica que se le proveerá se indica con una marca de cotejo (X).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre solamente                | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Médico                    |
| <input type="checkbox"/> Tipo de Servicio                | <input type="checkbox"/> Resumen del caso                      |
| <input type="checkbox"/> Tiempo que lleva en el Programa | <input type="checkbox"/> Certificado de _____                  |
| <input type="checkbox"/> Resultado de orina              | <input type="checkbox"/> Otra información (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de ajuste y progreso    | _____  |

#### II. La información solicitada es necesaria para los fines de:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo (Especifique): _____                         | <input type="checkbox"/> Administración de Rehabilitación Vocacional (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento médico y de terapia (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> ASSMCA (Especifique): _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Estudios, investigaciones (Especifique): _____       | <input type="checkbox"/> Fiscalía (Especifique): _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Oficiales Probatorios (Especifique): _____           | <input type="checkbox"/> Junta de Libertad Bajo Palabra (Especifique): _____              |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Corrección (Especifique): _____      | <input type="checkbox"/> Oficial Socio-Penal del Dpto. de Corrección (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Abogado (Especifique): _____                         | <input type="checkbox"/> Ayuda Económica (Especifique): _____                             |
| <input type="checkbox"/> Tribunales de Justicia (Especifique): _____          | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____                                       |

III. Entiendo que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento (excepto en aquellas situaciones en las que el consentimiento ha dado base a una acción y es necesario que esta continúe y pueda finalizar) y que la divulgación de la información de mi expediente es sólo a los efectos que en el mismo se hacen constar y no podrá ser usada con ningún otro

propósito. Luego de que se cumpla con el propósito para el cual se dio la información, este consentimiento quedará revocado; disponiéndose, sin embargo, que tampoco será válido después de \_\_\_\_\_

(Especifique la fecha, evento o condición que

determinará que este consentimiento expira)

IV. Hago constar que este consentimiento lo doy libre y voluntariamente sin que medie ningún tipo de coerción.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico hoy día \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Firma del cliente)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Firma de persona autorizada cuando el cliente sea menor de 18 años de edad o incapacitado)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Firma de testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Firma de testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

Endosado:

\_\_\_\_\_  
(Abogado de Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)