

Programa de Rehabilitación para Conductores bajo la Influencia de Drogas o Bebidas Alcohólicas (IDRP) Divulgación de información confidencial

Marzo de 2024

Yo, _____, con fecha de nacimiento ____ / ____ / ____, autorizo al:

- Programa de Rehabilitación para Conductores bajo la Influencia de Drogas o Bebidas Alcohólicas (Impaired Driver Rehabilitation Program, IDRP);
- Departamento de Vehículos Motorizados de Vermont (Vermont Department of Motor Vehicles, DMV);
- Tribunal superior o distrito de Vermont correspondientes;
- Departamento Correccional de Vermont, incluido el de Libertad Condicional y Provisional (si corresponde);
- Programa de Desviación Judicial y/o Programa de Seguridad para Adolescentes contra el Consumo de Alcohol (si corresponde);

a comunicarse y divulgar mutuamente información sobre los hechos de mi inscripción al IDRP, el estado actual y la finalización del programa educativo o de terapia del IDRP. La cantidad de información divulgada será la mínima necesaria para satisfacer el propósito. Esta puede incluir información sobre el tratamiento de consumo de sustancias con el fin de determinar lo siguiente:

- cumplimiento de los requisitos para el restablecimiento de mis privilegios de conducción, y/o
- cumplimiento de las condiciones de mi libertad condicional/provisional, y/o
- otro: _____

Seleccione cualquier organización o persona adicional a la que el IDRP pueda divulgar o compartir información sobre su progreso en el programa. Estas incluyen un cónyuge, miembro de la familia, abogado, consejero o el DMV perteneciente a otro estado. El IDRP no discutirá su inscripción/finalización del programa con ningún tercero ni enviará un certificado de finalización a otro estado sin contar con una autorización por escrito.

Cónyuge/miembro de la familia/amigo (debe indicar el nombre): _____

Abogado (debe indicar el nombre): _____

Consejero/proveedor de terapia: _____

Otras personas: _____

Departamentos de Vehículos Motorizados fuera del estado de Vermont:
Estado: _____

Dirección: _____

Fax/correo electrónico: _____

Autorizo al IDRP a comunicarse conmigo por correo electrónico. Asimismo, comprendo que no se puede garantizar que estas comunicaciones sean seguras ni mantengan la confidencialidad.

Dirección de correo electrónico: _____

Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente: mis registros relacionados con la terapia por consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas están protegidas por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, según el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 2 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, título 45 del Código de Regulaciones Federales, partes 160 y 164, y no podrán ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que las regulaciones permitan lo contrario. Aun cuando el IDRP proteja mi información, existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información de conformidad con este consentimiento. Puedo revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente poniéndome en contacto con el IDRP, excepto en la medida en que se actúe en virtud de este. Si este consentimiento no se revoca antes, perderá vigencia automáticamente al exonerar la libertad condicional/provisional y/o tras restablecer mis privilegios de conducción. No estoy obligado a firmar este formulario para participar en el IDRP. No obstante, si no lo firmo, el IDRP no podrá compartir información sobre la finalización del programa con el DMV ni con ningún otro tercero.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Teléfono: 802-651-1574 · Fax: 866-272-7989

Correo electrónico: AHS.VDHIDRP@vermont.gov

Si desea obtener más información, visite HealthVermont.gov/IDRP



Spanish

Impaired Driver Rehabilitation Program

Release of Confidential Information

March 2024

I, _____, with date of birth ____ / ____ / ____, authorize:

- The Impaired Driver Rehabilitation Program (IDRP),
- The Vermont Department of Motor Vehicles (DMV),
- Applicable Vermont District or Superior Court(s),
- The Vermont Department of Corrections, including Probation & Parole (if applicable),
- Court Diversion and/or Teen Alcohol Safety Program (if applicable)

to communicate with and disclose to one another information about the facts of my IDRP enrollment, status, and completion of the IDRP education/treatment program. The amount of information disclosed will be the minimum amount necessary to satisfy the purpose. This information may include substance use treatment information for the purpose of determining:

- Completion of requirements for the reinstatement of my driving privileges, and/or
- Compliance with the conditions of my probation/parole, and/or
- Other: _____

Please select any additional organizations or people to which IDRP may disclose or share information about your IDRP progress. This might include a spouse, family member, attorney, counselor, or another State's DMV. IDRP will not discuss your IDRP enrollment/completion with anyone or send proof of completion to another State without written authorization.

- Spouse/Family Member/Friend (must list name(s)): _____
- Attorney (must list name): _____
- Counselor/Treatment Provider: _____
- Other person(s): _____
- Department(s) of Motor Vehicles outside Vermont:
State: _____
Address: _____
Fax/Email: _____

- I authorize the IDRP to communicate with me via email and understand that these communications cannot be guaranteed as secure or confidential.

Email address: _____

By signing this form, I understand: my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise allowed by the regulations. IDRP will protect my information but there is the potential for information disclosed pursuant to this consent to be redisclosed by the recipient. I may revoke this consent at any time by contacting IDRP except to the extent it was already relied on. If not sooner revoked this consent expires automatically upon my release from probation/parole and/or upon reinstatement of my driving privileges. I am not required to sign this form to participate in IDRP but if I do not sign this form IDRP cannot share program completion information with DMV or any other party.

Participant Signature: _____ Date: _____