RHODE ISLAND ADULT DRUG COURT
[Tribunal de RI que supervisa el tratamiento y rehabilitación de adultos adictos]
TRIBUNAL SUPREMO
250 BENEFIT STREET
PROVIDENCE, RI 02903

AVISO IMPORTANTE

Se ha concertado una cita para _____ a las _____ el día _____ en la sala _____ del Tribunal Supremo de Rhode Island de Rhode Island, 250 Benefit Street, Providence, Rhode Island, 02903. Si por alguna razón no puede asistir a esta cita, por favor comuníquese con _____ al (401) _____ para que le den otra cita.

Esta cita es con el propósito de hacerle un análisis para determinar su abuso/uso de drogas. Para hacerlo apropiadamente es preciso que los partícipes den su permiso para hablar abiertamente sobre información personal y confidencial. También debe saber que durante cualquier momento del análisis usted puede revocar esta autorización para hablar con los empleados de este tribunal, sin embargo el hacerlo pudiera dar como resultado que se le descalifique para participar en el programa de este tribunal.

Esta es una divulgación limitada de información con el único propósito de llevar a cabo el análisis inicial del tribunal con respecto al uso de drogas y cualquier divulgación está protegida por el Título 42, Parte 2, el cual protege la confidencialidad de los expedientes de las personas que abusan de drogas. Las leyes federales prohíben que se divulgue esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente autorizada por escrito por la persona a quien concierne o es permitida por el Título 42 CFR, Parte 2. Es un delito infringir este requisito federal de confidencia y, de ocurrir, el partícipe puede reportarlo a las autoridades competentes.

Las regulaciones federales incluso limitan que se haga uso de esta información con el propósito de llevar a cabo investigaciones delictivas o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas. Sin embargo, las leyes federales no protegen la información que se relaciona a delitos que se cometen en los lugares en donde se imparte el programa, delitos en contra del personal del programa o aquéllos relacionados al abuso o negligencia de un niño.

Por medio de la presente, el infrascrito está de acuerdo con lo anterior y certifica que su autorización al análisis para determinar su abuso/uso de drogas no es producto de fuerza o coerción.

_____ _____
Firma del partícipe Fecha