**CONSENT FOR THE RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION (2024 – 2025)**

I, , authorize

 *(Name of person) (person or program making the disclosure)*

to disclose to

 *(person or organization to which disclosure is to be made)*

the following information

 *(nature of information)*

The purpose or need for such disclosure is

I also authorize \_\_\_\_\_ to exchange information on the above topic with the above-mentioned Student Assistance/Project SUCCESS Counselor.

I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. I also understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it and that in any event this consent expires automatically.

*(Specification of the date, event, or condition upon which this consent expires)*

Executed this day of , 20\_\_

 Signature of Client

Signature of Witness Signature of parent, guardian, or authorized representative (when required)

**NOTICE PROHIBITING REDISCLOSURE**

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). These Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

**Consentimiento para la divulgación de la información (2024 – 2025)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Nombre de la persona) (persona o programa que realiza la divulgación)

a revelar el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (persona o organización a la que se hará la divulgación)

la siguiente información \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naturaleza de la información)

El propósito o la necesidad de dicha divulgación es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

También autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intercambiar información sobre el tema anterior con el consejero de Asistencia al Estudiante/Proyecto SUCCESS.

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales de confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que se han tomado medidas en la confianza en él y en ningún caso este consentimiento expira automáticamente.

 (Especificación de la fecha, evento o condición sobre la cual expira este consentimiento)

Esto es ejecutado el día de , 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma del cliente)

 (Firma del testigo) Firma del padre, guardián o

 representante autorizado (cuando se requiera)

**Aviso de prohibición de la ReDivulgación**

Esta información ha sido divulgada a usted de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (CFR 42 Parte 2). Estas reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que divulgación adicional sea expresamente permitida con el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por el CFR 42 Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales prohíben cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.