

**AUTORIZACIÓN  
PARA QUE EL GOBIERNO (ESTATAL O FEDERAL) REVELE INFORMACIÓN  
AL OFICIAL DE PROBATORIA**

Yo, \_\_\_\_\_, el suscrito, por este medio renuncio a mis derechos bajo el Decreto de Privacidad (Privacy Act), 5 U.S.C. 552a (Supp. IV, 1974), y autorizo la divulgación a la Oficina de Oficiales de Probatoria de los Estados Unidos del Distrito \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ o a sus representante(s) o empleado(s) autorizados, de cualquier y toda información referente a mí, contenida en los expedientes o sistemas de registros mantenidos por cualquier agencia gubernamental sujeta al Decreto de Privacidad (Privacy Act), la cuál tal agencia considere apropiado comunicar, ya sea verbalmente o por escrito, a la Oficina de Oficiales de Probatoria arriba mencionada.

Yo, por este medio renuncio a cualquier derecho que pudiera tener bajo el Decreto de Privacidad (Privacy Act) a aviso previo de tal divulgación, o de cualquier derecho que pudiera tener en cuanto a una rendición de cuentas de tal divulgación a la Oficina de Oficiales de Probatoria arriba mencionada.

Entiendo que esta autorización será usada por la Oficina de Oficiales de Probatoria arriba mencionada para pedir que se les proporcione información referente a mí de parte de cualquier o de todas la agencias federales o estatales.

Esta información deberá ser obtenida con el propósito de llevar a cabo una investigación precondenatoria y preparar un informe o para la supervisión.

En relación a información confidencial sobre mi salud, yo entiendo que esta autorización es válida hasta que yo sea liberado de la supervisión, momento en el cuál esta autorización para usar o divulgar esta información caduca. Entiendo que la información 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 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 esta información, 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

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Guardián, si es Requerido

\_\_\_\_\_  
Firma del Abogado, si está Disponible

TESTIGO —

\_\_\_\_\_  
Oficial de Probatoria

\_\_\_\_\_  
Fecha