

IN THE MUNICIPAL COURT OF THE CITY OF HERMISTON
UMATILLA COUNTY, OREGON
180 NE 2nd St., Hermiston, OR 97838

STATE OF OREGON

Abogado/Plaintiff

v.

Demandado/Defendant

DOB: _____

Docket No. _____

**TREATMENT PROVIDER SELECTION
AGREEMENT AND HIPAA WAIVER**

- ☐ Pre-Trial Release- Conditional Release
☐ Diversion/Cond. Discharge
☐ Conviction- Probation Requirement
☐ Re-Referral or Provider Change

DEMANDADO: DEBE LEER Y CUMPLIR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
DEFENDANT: YOU MUST READ AND COMPLY WITH THE FOLLOWING INSTRUCTIONS:

Usted está sujeto a los requisitos de programas periféricos o de libertad condicional (consulte la orden de programas periféricos o de juicio y sentencia). Su cumplimiento es obligatorio y urgente.

You are subject to the requirements of diversion or probation (see Diversion or Judgment and Sentence Order). Your compliance is required and time sensitive.

- Comuníquese con los proveedores seleccionados, programe sus citas y complete las evaluaciones dentro de los 30 días a partir de hoy o de su liberación de la cárcel, lo que ocurra más tarde. No puede cambiar de evaluadores sin el permiso escrito del tribunal.
Contact the selected providers, schedule your appointments, and complete any evaluations within 30 days from today or your release from jail, whichever is later. You cannot change evaluators without written permission of the court.
- Lleve todas sus órdenes/sentencias del tribunal y este acuerdo al proveedor junto con los registros de tratamiento.
Take all of your court orders/judgments and this agreement to the provider along with any treatment records.
- Presente pruebas escritas que incluyan su nombre y números de caso ante el tribunal lo antes posible luego de inscribirse, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que se firme la sentencia u orden del tribunal.
TAMBIÉN debe presentar prueba de finalización. Si no ha completado el programa dentro de los seis meses, debe presentar actualizaciones de estado ante el tribunal cada seis meses hasta su finalización. Un modelo del formulario del aviso de cumplimiento está disponible en el tribunal.
File written proof including your name and case numbers with the court as soon as you have enrolled but no later than 30 days from the date the judgment or order of the court is signed. You must **ALSO** file proof of completion. If you have not completed the program within 6 months, you must file status updates with the court every 6 months until completion. A sample Notice of Compliance form is available from the court.
- Su firma en este formulario autoriza al proveedor de tratamiento a divulgar información médica protegida según una ley federal conocida como Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
Your signature on this form authorizes the treatment provider to release Protected Health Information under a federal law known as 'HIPAA.'
- Si no inicia, paga o completa el tratamiento, el proveedor informará los incumplimientos al tribunal y luego recibirá una orden de comparecencia ante el tribunal para demostrar la causa por la cual su programa periférico o de libertad condicional no debe revocarse. Si no se presenta a la audiencia de comparecencia, es probable que se emita una orden de arresto y es posible que se le presenten cargos adicionales o sufra consecuencias adversas por no presentarse.

If you fail to start, pay for or complete treatment, the provider will report any non-compliance to the court, and you will then receive an Order to Show Cause to appear in court to show cause why your diversion or probation should not be revoked. If you fail to appear for the Show Cause hearing, a warrant will likely issue for your arrest and there may be further charge or adverse consequences to you for failing to appear.

UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DEL TRATAMIENTO E INFORMACIÓN DE CONTACTO
TREATMENT PROVIDER LOCATION AND CONTACT INFORMATION

Community Counseling Solutions

104 SW Kinkade Ave / PO Box 261	Boardman, OR 97818	541-481-2911
435 E Newport Ave. STE A	Hermiston, OR 97838	541-564-9390 A&D
595 NW 11th St.	Hermiston, OR 97838	541-567-2536 MH
211 SW 1 st St.	Pendleton, OR 97801	541-278-6330 A&D
331 SW 2nd St.	Pendleton, OR 97801	541-276-6207 MH

OWhN/COPES Outpatient

200 SE Hailey Ave STE 204	Pendleton, OR 97801	541-663-4104
---------------------------	---------------------	--------------

New Horizons

440 SW 11 th St.	Hermiston, OR 97838	541-289-0190
-----------------------------	---------------------	--------------

Eastern Oregon Recovery Center

216 SW Hailey Ave	Pendleton, OR 97801	541-276-3518 ext 204
-------------------	---------------------	----------------------

☐ **DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ALCOHOL/DROGAS (que no sean DUI):**
ALCOHOL/DRUG SCREENING & ASSESSMENT (other than DUI):

☐ Community Counseling ☐ OWHN/COPES OUTPATIENT ☐ New Horizons

☐ **MANEJO DE LA IRA:**
ANGER MANAGEMENT:

☐ Community Counseling ☐ New Horizons

☐ **DETECCIÓN Y EVALUACIONES DE DROGAS/ALCOHOL (ADES) DUI Y DE PROGRAMAS**
PERIFÉRICOS: Contenido de alcohol en sangre (BAC) _____
DUI & DIVERSION DRUG/ALCOHOL SCREENING AND ASSESMENTS (ADES): BAC _____

☐ Eastern Oregon Recovery Center

☐ **SALUD MENTAL:**
MENTAL HEALTH:

☐ Community Counseling

☐ **ABOGADO DE DELITOS CONTRA LA PROPIEDAD:**
THEFT COUNSELING:

☐ Community Counseling ☐ New Horizons

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: Autorizo a los proveedores marcados arriba a divulgar mi información de salud privada como se identifica a continuación al Tribunal Municipal de Hermiston para la ciudad de Hermiston del estado de Oregon. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para acceder a tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Excepto en la medida en que se hayan tomado medidas según esta autorización, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a cada proveedor. Sin embargo, la negativa a firmar o la revocación posterior de mi consentimiento puede violar las condiciones de mi programa periférico o de libertad condicional. Puedo analizar o copiar la información divulgada según esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización finalizará mediante la presentación de un aviso de cumplimiento en el que se indique la finalización exitosa del tratamiento o la terminación del programa periférico o de libertad condicional. Entiendo que el objetivo de este consentimiento es permitir que el tribunal, el fiscal de la ciudad y mi abogado determinen mi cumplimiento de las condiciones del programa periférico o de libertad condicional. Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no es

un proveedor de atención de la salud o un plan de salud cubierto por la privacidad federal que autoriza a divulgar mi información, puede recibir una compensación por hacerlo.

PATIENT CONSENT: I authorize the providers marked above to disclose my private health information as identified below to the Hermiston Municipal Court for the State of Oregon City of Hermiston. I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits. Except to the extent that action has been taken in reliance of this authorization, I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice to each provider. However, any refusal to sign or any subsequent revocation of my consent may violate the conditions of my diversion or probation. I may inspect or copy any information disclosed under this authorization. Unless revoked earlier, this authorization will terminate upon the filing of a notice of compliance indicating successful completion of treatment, or termination of diversion or probation. I understand the purpose of this consent is to allow the court, the city prosecutor, and my attorney to determine my compliance with the conditions of diversion or probation. I understand that if the person or entity receiving this information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy authorizing to disclose my information may receive compensation for doing so.

La divulgación debe incluir: Asistencia o inasistencia a la evaluación; evaluación y tratamiento recomendado; breve descripción del tratamiento recomendado, cumplimiento o incumplimiento del tratamiento recomendado que incluya el cumplimiento o incumplimiento de los medicamentos recetados, certificación del tratamiento, tratamiento incompleto, falta de pago según lo requerido; y resumen de alta. Por la presente declaro que la declaración anterior es verdadera a mi leal saber y entender, y que entiendo que funciona como prueba en el tribunal y que está sujeta a pena por perjurio.

Disclosure shall include: Attendance or non-attendance at evaluation; assessment and recommended treatment; brief description of recommended treatment, compliance or non-compliance with recommended treatment to include compliance or non-compliance with prescribed medications, certification of treatment, failure to complete treatment, failure to pay as required; and discharge summary. I hereby declare that the above statement is true to the best of my knowledge and belief, and that I understand it is made for use as evidence in court and is subject to penalty for perjury.

Fecha/Date

Firma/Signature

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal
Address, City, State, Zip

Teléfono (OBLIGATORIO)
Phone (REQUIRED)

Acknowledged & Accepted by Judge: _____