

AUTHORIZATION TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION

This document authorizes my above-named appellate counsel in Court of Appeal Case No. _____, Juvenile Court Case No. _____ to examine, review, and receive a photocopy of the Juvenile Court file and my trial attorney's file in the above-referenced matter and to communicate with any person or entity having confidential information concerning me which he/she deems necessary to obtain to adequately represent me, including but not limited to social workers, my trial counsel and employees of their law firm, psychiatrists, psychologists, therapists, physicians, law enforcement personnel, and agencies and their employees who provide classes or counseling for parents of dependent children.

I further authorize the aforesaid persons and entities to permit my appellate counsel or his/her designated agent, if any, to inspect, review, and photocopy any and all confidential documents concerning me in the possession or control of the aforesaid persons or entities (including but not limited to social worker's reports, police reports, correctional agency records, employment records, medical records, records of diagnosis and treatment by mental health care professionals and allied mental health care workers, and documents subject to the attorney/client or attorney work-product privilege), and to furnish copies of said documents to my appellate counsel or his/her designated agent. I further authorize the aforesaid persons and entities to communicate verbally, in written form, or by email, with my appellate counsel with regard to any confidential information concerning me that he/she deems necessary to obtain in his/her representation of me.

This authorization is effective immediately and will remain in effect throughout the course of my appellate counsel's representation of me. I understand that I have a right to receive a copy of this authorization. **A photocopy or scanned or faxed copy of this authorization is as valid and has the same force and effect as the signed original.**

My appellate counsel's designated agent, if any, is:

Dated: _____ Signature: _____
Name: _____
DOB: _____
SS#: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por medio del presente documento, autorizo a que mi abogado de apelación antes nombrado en el caso No. _____ de la Corte de Apelaciones, caso No. _____ del Tribunal de Menores examine, revise, y reciba una fotocopia del expediente del Tribunal de Menores y el expediente de mi abogado de juicio en el caso antes mencionado y a comunicarse con toda persona o entidad que tenga información confidencial concerniente a mí que le parezca necesaria obtener para poderme representar de forma apropiada, incluyendo, entre otros, a trabajadores sociales, mi abogado de juicio y los empleados de su bufete jurídico, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, médicos, personal del orden público, y agencias (incluyendo a sus empleados) que dan clases o servicios de orientación a los padres de los menores dependientes.

Asimismo, autorizo a las personas y entidades antes mencionadas a que le permitan a mi abogado de apelación, o a su agente designado (de haberlo) a inspeccionar, revisar, y fotocopiar cualquier y todos los documentos confidenciales concernientes a mí que se encuentre en posesión o bajo el control de las personas o entidades antes mencionadas (incluyendo, entre otros, a los informes de los trabajadores sociales, informes de la policía, expedientes de agencias correccionales, expedientes de empleo, expedientes médicos, expedientes de diagnósticos y tratamientos prestados por profesionales y trabajadores de salud mental aliados, y los documentos y productos de trabajo sujetos al privilegio de confidencialidad que existe entre el abogado y su cliente), y proveerles copias de dichos documentos a mi abogado de apelación o a su agente designado. Asimismo autorizo a las personas y entidades antes mencionadas a que se comuniquen verbalmente, por escrito, o por medio de correo electrónico con mi abogado de apelación respecto a toda información confidencial concerniente a mí que le parezca necesaria obtener para representarme.

Esta autorización entra en efecto inmediatamente y permanecerá en efecto durante todo el tiempo que mi abogado de apelación me represente, Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. **Toda fotocopia o copia enviada por fax de esta autorización tiene la misma validez y la misma fuerza y efecto que el original firmado.**

El agente de mi abogado de apelación, de haberlo, es:

Fecha: _____ Firma: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____