



POLYGRAPH TESTING -
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
PRUEBA DE POLÍGRAFO -
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

I, \_\_\_\_\_, DOC number \_\_\_\_\_, hereby authorize the Department of Corrections to exchange information with any Department contracted certified polygraph examiner. Additionally, I authorize the Department of Corrections to release polygraph interview documentation and polygraph testing conclusions to treatment providers, collateral agencies, courts, or administrative officers.

Yo \_\_\_\_\_, número del DOC \_\_\_\_\_, autorizo al Departamento de Correcciones a intercambiar información con cualquier examinador poligráfico certificado contratado por el Departamento. Además, autorizo al Departamento de Correcciones a divulgar la documentación de la entrevista poligráfica y las conclusiones de la prueba poligráfica a los proveedores de tratamiento, agencias colaterales, tribunales o funcionarios administrativos.

I understand that disclosures made during polygraph testing, such as providing deceptive responses to polygraph questions or failing to submit to polygraph testing, may be a violation of my supervision and will be reported to appropriate authorities. This could result in a sanction being imposed, including loss of liberty.

Entiendo que las revelaciones hechas durante la prueba del polígrafo, tales como proporcionar respuestas engañosas a las preguntas del polígrafo o no someterse a la prueba del polígrafo, pueden ser una violación de mi supervisión y serán reportadas a las autoridades apropiadas. Esto podría dar lugar a la imposición de una sanción, incluida la pérdida de la libertad.

This authorization, unless expressly limited by myself in writing, is applicable to records pertaining to diagnosis and/or treatment for substance use disorder, medical issues, mental health, or psychiatric conditions, including sexual deviancy. This authorization also includes the release of this information when it is integrally related to the preparation and administration of polygraph testing.

Esta autorización, a menos que esté expresamente limitada por mí por escrito, es aplicable a los registros relacionados con el diagnóstico y/o el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, problemas médicos, salud mental o condiciones psiquiátricas, incluyendo la desviación sexual. Esta autorización también incluye la divulgación de esta información cuando esté integralmente relacionada con la preparación y administración de la prueba poligráfica.

This authorization will remain in effect until such time that the Department of Corrections no longer has jurisdiction or until my term of supervision has expired.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta el momento en que el Departamento de Correcciones deje de tener jurisdicción o hasta que mi período de supervisión haya expirado.

Signature/Firma

Date/Fecha

Witness/Testigo

Positon/Title / Cargo/título

Signature/Firma

Date/Fecha

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14. / El contenido de este documento puede ser objeto de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y serán redactados en caso de que se solicite. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: ORIGINAL - Case manager file