

Autorización para divulgar información

Nombre del cliente	SS# (opcional):					
Dirección:	(Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Número de Teléfon	o:					
Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha (90 días para 1 divulgación - no superior a un año):						
Por favor marque 2 Autorizo el acceso a todo mi récord.						
uno:	uno: 2 Autorizo el acceso solo a mi récord de esta fecha en adelante.					
Propósito de la divu	lgación:					
DESCRIPCION DE LA	INFORMACION PARA SE	ER UTILIZADA O REVELAD) <u>A:</u>			
[]Evaluación de la	[]Estado Legal	[]Información Medica	[] Abus	so de [] Resumen		
Educación			susta	ncias		
[]Entrevista Inicial	[]Notas de	[]Las Pruebas	[] Infor	mación psicológica		
	Progreso					
Reconozco, y por la presente autorizo, a Family Service para divulgar información o intercambiar información con:						
 Entiendo que: Me puedo negar a firmar esta divulgación y que la firma es estrictamente voluntaria. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero no con carácter retroactivo a los datos ya divulgados por consentimiento previo. Entiendo que al firmar este documento de divulgación, Family Service estará en contacto con la agencia designada o persona y proveerá/intercambiara información con el propósito escrito en esta divulgación. Recibiré una copia de este documento de divulgación después de que lo haya firmado. Una copia será colocada en el expediente de mi récord. 						
5: Ningún servicio será negado si hay denegación de firmar esta divulgación.						
6: La firma de este documento es voluntario y no es un requerido para recibir servicios.						
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Cualquier información que usted autorice a otros profesionales para liberar a esta instalación será estrictamente confidencial y no será divulgada sin nuestro permiso. Esto excluye los casos en que Family Service es requerido proveer la información por un tribunal de justicia.						
Firma del Cliente: Fecha de Nacimie Firma del padre o Consejero de FSR' Fecha:	nto: guardián:					



