



Autorización para Por la presente autorizo la siguiente divulgación:

CAV Family Therapy Inc, sus agentes, empleados o sirvientes pueden divulgar mis registros psiquiátricos y/o psicológicos y la información obtenida en el curso de mi diagnóstico y tratamiento en esta instalación a:

Nombre: Agente/Instalación/escuela/médico:

Dirección:

Teléfono: ()

Quien puede, a su vez, divulgar registros e información psiquiátricos y/o psicológicos a Family Therapy Inc.CAV

El contacto personal, incluidas las llamadas telefónicas y las reuniones cara a cara, puede ser iniciado por cualquiera de las partes cuando lo considere necesario, dentro del plazo especificado.

Dichas divulgaciones se limitarán a la siguiente información específica.

Nombre del paciente

Fecha

Propósito(s) de la Liberación:

Notas de progreso y revisión breve-

Otro:

Historial psiquiátrico y estado médico-

Resultado de las pruebas psicológicas-

Informes de laboratorio-

Evaluación educativa e informes-

Este consentimiento está sujeto a revocación por parte del abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él y, si no se revoca antes, terminará el .

La divulgación o transferencia de la información divulgada a cualquier persona o entidad no especificada en este documento está prohibida por ley. Se debe obtener un consentimiento adicional para una mayor transferencia de información.



Entiendo que tengo derecho a recibir una copia y esta autorización si así lo solicito. (Una copia es válida como el original). Soy plenamente

consciente de que ciertos estatutos y reglamentos estatales y federales requieren que firme voluntariamente este documento antes

CAV Family Therapy Inc. pueda divulgar cualquier registro, y que puedo negarme a firmar mi firma, pero en ese caso los registros no pueden y no lo harán. ser publicado por CAV Family Therapy Inc. Libero a las dos partes mencionadas anteriormente de cualquier responsabilidad si alguna vez revoco mi decisión de divulgar los datos.

Firma Del padre/tutor/parte responsable

Fecha

Firma del terapeuta/médico

Fecha

