

La Vida Life Counseling Center

162 N. Glassell Street, Suite C, Orange, CA 92866

(714) 883-9156

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario no puede ser usado para la divulgación de información confidencial proveída a **La Vida Life Counseling Center** por otras personas o agencias. Dichas solicitudes deben remitirse a la persona o agencia original.

Yo _____ (Fecha de Nacimiento _____)

autorizo a **La Vida Life Counseling Center** Personal/Terapeuta: _____

_____ a:

divulgar

obtener de

intercambiar con

Nombre del Cliente: _____

La siguiente información perteneciente al estudiante/cliente:

resumen de tratamiento

evaluación psiquiátrica/historial de medicación

historial/admisión

fechas de asistencia al tratamiento

diagnóstico

terapia en clase/escuela

resultados de prueba psicológica

otro (especifique): _____

Para el propósito de:

evaluación/valoración y/o coordinación de esfuerzos de tratamiento

servicios de salud mental

otro (specifique): _____

Este consentimiento caducará automáticamente un (1) año después de la fecha de mi firma como aparece a continuación, _____

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este formulario y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento (excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada).

Nombre del Cliente o del Padre/Tutor Firma del Cliente o del Padre/Tuto Fecha

Nombre del Testigo Firma del Testigo Fecha

lavidacounselingcenter.com