AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario no se puede utilizar para volver a divulgar la información confidencial proporcionada a Alishia Kalos, PsyD, CST, por otras personas o agencias. Dichas solicitudes deben remitirse a la persona o agencia original.

Yo _____ autorizo a Alishia Kalos, PsyD, CST a: (nombre del cliente)

_____ divulgar a: _____ (elegir uno y marcar nombre,

_____ obtener de: _____ dirección, número de teléfono

_____ intercambiar con: _____ o correo electrónico

_____ de la otra persona/agencia)

la siguiente información que me pertenece: (marcar todo que aplique)

_____ resumen de la terapia
_____ historia / evaluación de admisión
_____ diagnóstico
_____ resultados de pruebas psicológicas
_____ evaluación psiquiátrica / historial de medicación
_____ fechas de asistencia a la terapia
_____ otro (especificar) _____

para el propósito de: (marcar todo que aplique)

_____ evaluación
_____ coordinación de terapia
_____ otro (especificar): _____

Este consentimiento **expirará automáticamente dentro de un (1) año** después de la fecha de mi firma como aparece a continuación, **o** en la siguiente fecha, condición o evento_____.

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).

_____ Fecha de nacimiento:_____
Firma del cliente #1 Fecha

_____ Fecha de nacimiento:_____
Firma del cliente #2 (si se aplique) Fecha