

Family Counseling Service
Autorización para Liberar Información

3833 S. Staples, Suite S203, Corpus Christi, TX 78411
Teléfono: (361) 852-9665 Fax: (361) 852-2794

603 E Kleberg, Kingsville, TX 78363
Teléfono: (361) 592-6058 Fax: (361) 592-7843

Yo, _____, le doy a Family Counseling Service/Crime Victims
(Nombre con Letra de Molde)
Services permiso a _____ liberar o _____ solicitar (*iniciales en su selección*) información.

Información en la forma siguiente: (*iniciales en su selección*)

VERBAL

ESCRITO

Para o de la a persona/agencia siguiente:

(Agencia/Institución)

(Persona de Contacto)

(Dirección, Estado, Código Postal)

(Numero de Telefono/Numero de Fax)

Con respecto a la siguiente informacion confidencial: (*circule su selección*)

Tratamiento

Diagnóstico

Médica

Resultado de exámenes Psicológicos

Historia

Días de Asistencia

Progreso

Otro: _____

Para el cliente siguiente: Soy el cliente Mi niño es el cliente (Nombre de cliente: _____)

Para el objetivo siguiente: _____

Instrucciones/limitaciones especiales: _____

** Esta autorización para libera información expira _____ 90 días/ _____ 180 días/ _____ 1 año (*iniciales en su selección*) de hoy _____ (fecha proyectada) o, al *tiempo que el cliente escoge* terminar este acuerdo firme un documento separado que indica que la liberación ha expirado y regréselo a Family Counseling Service.

**Esta autorización para librar información confidencial puede ser revocada, con una nota escrita, en cualquier tiempo. Si en algún tiempo yo revoco esta autorización, yo entiendo que información ya liberada con mi autorizacion puede continuar ser utilizada para completar las acciones ya iniciadas. _____ (*por favor inicial*)

**La información que es liberada puede ser que ya no sea protegida por ley Federal de privacidad cuando sea liberada a cualquiera otro que no sea un plan de salud o proveedor de asistencia medica. _____ (*por favor inicial*)

**Si firmo esta autorización o no firmo, no tendrá afecto en el tratamiento o el pago del tratamiento. _____ (*por favor inicial*)

**Usted puede negarse a firmar esta autorización. _____ (*por favor inicial*)

**Usted puede inspeccionar o puede solicitar una copia de su información de la salud que será utilizada o será revelado. _____ (*por favor inicial*)

** Yo entiendo que obtendré una copia de este formulario después de firmarlo _____ (*por favor inicial*)

(Firma de Cliente/Representante Autorizado Legalmente)

(Fecha de Hoy)

(Nombre en Letra de Molde)

(Relación al cliente)