



Date: _____
Requested By: _____
ID #: _____

INFORMED CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

I _____, DOB _____, hereby consent to the disclosure of the specific information listed in this document.

TO: _____
Name and address of agency and/or person receiving information

Address City State Zip Code

Telephone Number Email Address (optional)

FROM: _____
Name and address of agency and/or person providing information

Address City State Zip Code

For the Following Purpose(s):

- Assessment Rehabilitation Program Planning
 Treatment Planning Other _____
Select One: Complete Record Specific Timeframe: Start Date _____ End Date _____

Check all that apply

The following information may be released from my record: Written _____ Oral _____

- Social History
 Medical History
 Evaluation Progress Notes
Evaluation, Treatment Plans, and/or Reports in the following area of rehabilitation:
 Psychological
 Vocational
 Therapy (specify) _____
 Other (specify) _____

I, the undersigned, understand the information disclosed may include reference to or treatment of physical illness, emotional illness, developmental disabilities, alcohol abuse, drug abuse, and /or HIV.

This consent will expire exactly one year from the date of signature, unless otherwise stipulated. If to expire prior, this consent shall remain in effect until ____/____/____. I understand this authorization is subject to revocation at any time to be honored upon written notification to the releaser by the signee or person authorized by the signee. I understand that I have the right to request copies of the released material and that the confidentiality of my records is protected by law. My refusal to consent will not result in denial or limitation of services. We will not re-disclose confidential information.

X _____ /____/_____
Signature Date
X _____ /____/_____
Signature of parent or legal guardian * Date
X _____ /____/_____
Signature of Witness Date

◆ **Note:** When the client is an adult and a legal guardian's signature is provided, proof of legal guardianship is required.

A photocopy or fax of this consent is as valid as the original.



Fecha: _____
Solicitado por: _____
ID #: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo _____, con fecha de nacimiento _____, por el presente autorizo que se divulgue la información específica que se incluye en este documento.

PARA: _____
Nombre y dirección de la agencia y / o persona que recibe la información

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico (Opcional)

DE: _____
Nombre y dirección de la agencia y / o persona que suministra la información

Dirección Ciudad Estado Código postal

Para el(los) siguiente(s) propósito(s):

- () Evaluación () Planeación del programa de rehabilitación
- () Planeación del tratamiento () Otro _____

Selecione una: () Registro Completo () Fechas específicas: Fecha de inicio _____ Fecha de parada _____

Marque todo lo que sea pertinente

Puede revelarse la siguiente información de mi expediente: por escrito _____ oralmente _____

- () Historial social
- () Historial médico
- () Notas del progreso y evaluación

Evaluación, planes de tratamiento o informes en las siguientes áreas de rehabilitación:

- () Psicológica
- () Profesional
- () Terapia (especificar) _____
- () Otro (especificar) _____

Yo, el abajo firmante, entiendo que la información divulgada puede incluir referencia o tratamiento de enfermedades físicas, enfermedades emocionales, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol, abuso de drogas y / o VIH.

Este consentimiento caducará exactamente un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se estipule lo contrario. Si caduca antes, este consentimiento permanecerá vigente hasta ____/____/____. Entiendo que esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento para que la persona que firma o la persona autorizada por el firmante notifique por escrito al autor de la divulgación. Entiendo que tengo derecho a solicitar copias de la documentación que se revele y que la confidencialidad de mis registros está protegida por ley. Mi negativa a consentir no resultará en la negación o limitación de los servicios. No divulgaremos la información confidencial que recibamos.

X _____
Firma

_____/_____/_____
Fecha

X _____
Firma del padre o guardián legal *

_____/_____/_____
Fecha

X _____
Firma del testigo

_____/_____/_____
Fecha

◆ **Nota:** Cuando el cliente es un adulto y se proporciona la firma de un tutor legal, se requiere prueba de tutela legal.

Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como el original.