

Holman Family Services

Autorización de Divulgación de Información Privada

Yo, _____, autorizó Holman Family Services a revelar y recibir
(nombre del cliente o padre/guardián legal)

información sobre _____ de/a las siguientes agencias o personas:
(nombre del cliente y fecha de nacimiento)

Nombre / Organización	Teléfono	Fax
-----------------------	----------	-----

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Nombre / Organización	Teléfono	Fax
-----------------------	----------	-----

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Por favor, indique qué tipo de información para revelar u obtener de la agencias/personas notado arriba:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos/de Consejería Completo | <input type="checkbox"/> Resultados de las evaluaciones psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las evaluaciones académicas | <input type="checkbox"/> Informes resumidos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las evaluaciones de inteligencia | <input type="checkbox"/> Resultados de las evaluaciones vocacional |
| <input type="checkbox"/> Informes médicos | <input type="checkbox"/> Otra información (indique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte de progreso | |
| <input type="checkbox"/> Informes psicológicas | |

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y después de un año este consentimiento expira automáticamente. Me han informado de qué información se proporcionará, de su propósito y de quién recibirá la información.

Firma del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, envíe por correo o correo electrónico a:

Holman Family Services
3200 N. MacArthur Blvd #101
Irving, Texas 75062
info@holmanfamilyservices.com