



*Atlanta Psychological Services, LLC*

2308 Perimeter Park Drive  
Suite 100  
Atlanta, GA 30341

770-457-5577  
Fax 770-457-5599  
atlantapsychological.com

Marque uno:

rev 10-5-17

- J. Todd George, PsyD       Andrew Gothard, PsyD  
 Carolyn Johnson, PhD       Yoshitaro Oba, PhD  
 Jessenia Rodriguez, PsyD

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION  
PARA TESTIMONIO JUDICIAL O DEPOSICION**

Yo, \_\_\_\_\_, por lo presente autorizo a la anteriormente indicada  
clínica para rendir un testimonio experto (*circule uno*):

YO

o

MI HIJO, (*nombre de mi hijo*) \_\_\_\_\_, (*Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_)

en un tribunal de justicia, y/o durante cualquier deposición, descubrimiento, o otro juicio o audición relacionada, o cualquier necesidad administrativa o litigios. Este permiso de revelar cualquier tipo de información con respecto a mi evaluación o tratamiento incluye ninguna excepción, incluyendo pero no limitado a los resultados de pruebas psicológicas, información con respecto a la terapia, y/o datos sin procesar de las pruebas psicológicas.

Yo entiendo la necesidad y las implicaciones de esta autorización para la divulgación de información, esta autorización y solicitud para divulgar información se está haciendo de forma voluntaria por mi parte. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en este consentimiento. Yo entiendo que a menos que yo revoque esta solicitud, sigue siendo eficaz hasta la fecha indicada a continuación. Además, entiendo que si revoco esta autorización en el futuro, mi medico podría ser requerido para testificar de mí y mi caso si es ordenado a hacerlo por cualquier tribunal de justicia.

Fecha de Expiración : \_\_\_\_\_

(*para adultos*) Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(*para niños*) Firma del Padre/Tutor Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_