



Vera Garcia, M.Ed., LPC, NCC
Counseling – Crisis Response – ETT

Veritas Counseling

The truth shall set you free

PERMISO PARA LIBERAR INFORMACIÓN

Esta información será liberada por:

Vera Garcia, 3021 Gateway Dr., Suite 290, Irving, Texas 75063

Fecha _____

Yo (Nosotros) otorgamos permiso a Vera Garcia para liberar la siguiente información:

_____ (Descripción de la información que será revelada)

Nombre o título de la persona u organización, incluyendo dirección y número telefónico, a quien la información será liberada: (No se mandará esta información si la siguiente información no está completa.)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre del Cliente _____ Edad _____

Estoy consciente de que en cualquier momento puedo revocar este permiso, con excepción de aquellas acciones ya hayan sido tomadas por la organización/persona, apoyándose en el consentimiento previamente otorgado. Esta revocación del permiso deberá ser por escrito y presentada personalmente, por correo, o correo electrónico al consejero de el cliente. Este permiso será válido hasta que el cliente lo revoque; de otra manera, el permiso dejará de ser vigente en la siguiente fecha o evento _____ (a menos que se indique otra fecha, el permiso dejará de ser vigente 60 días después de otorgar permiso). Por favor entienda que esta autorización no protege la información de ser liberada por la persona que lo reciba.

Fecha que se libera la información _____

Firma de el Cliente / Paciente

Fecha

Esta forma se incorporará al expediente del cliente, y la persona que la firma recibirá una copia de esta autorización para sus propios registros.