



Formulario de consentimiento de divulgación de información

YO, \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, autorizo a Ellie Family Services a:

Revelar a: \_\_\_\_\_

Obtener de: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Intercambiar con la (s) siguiente (s) persona (s) o entidad (es): \_\_\_\_\_

La siguiente información:

- Diagnóstico       Evaluaciones psicológicas       Información de alta/tratamiento  
 Antecedentes soc.       Registros de proveedor/hospital       Escuela/Registros penales  
 Otros \_\_\_\_\_

Entiendo que toda la información sobre mí es privada. No se puede compartir con nadie sin mi permiso, a menos que la ley lo permita. Entiendo que puedo negarme a dar mi permiso para compartir esta información. Si me niego, es posible que no reciba los servicios que solicito.

ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO MEDIANTE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO EXPRESAMENTE A ELLIE FAMILY SERVICES, PLLP., EXCEPTO AQUELLOS CASOS EN QUE SE TOMEN ACCIONES EN FUNCIÓN DE LA MISMA, O QUE SE RECIBA INFORMACIÓN COMO RESULTADO DE ESTA.

Este formulario caducará automáticamente en:

- 1 mes       3 meses       6 meses       12 meses  
 A la recepción/presentación de los datos solicitados.

Entiendo que esta información se dará solo a las personas que la necesitan para hacer su trabajo. La información se utilizará únicamente por la razón indicada anteriormente.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_