



Autorización para la divulgar su historial clínico o terapéutico.

Nombre completo del paciente: _____ DOB: _____

Persona representante legalmente autorizada del paciente: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Por la presente doy permiso a Holistic Growth / Graciela Aires Rust MS, LPCA, CRC para revelar mi información clínica y / o obtener información de/ a:

___ Familiares ___ Doctor ___ Abogado ___ Hospital ___ Escuela ___ Otros: _____

Nombre de la organización (si corresponde) _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad y Estado: _____ C.P: _____

___ Familiares ___ Doctor ___ Abogado ___ Hospital ___ Escuela ___ Otros: _____

Nombre de la organización (si corresponde) _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad y Estado: _____ C.P: _____

Estoy autorizando a divulgar la siguiente información (por favor, marque sólo el área que desea consentir a ser revelada):

- ___ Consulta Telefónica
- ___ Historia de su Tratamiento
- ___ Registro de Asistencia solamente
- ___ Evaluación y Diagnóstico
- ___ Record Clínico y progreso del tratamiento
- ___ Otros (especificar) _____

___ Tengo conocimiento que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con una solicitud por escrito. Esta autorización expirará un año después de la fecha de este documento.

Firma del cliente o persona legalmente autorizada.

Fecha