GROSSMAN & GROSSMAN LTD

Grossman & Grossman, Ltd.

Autorización Para Solicitar y/o Divulgar Información

En relación con el cliente:

Nombre	Fecha de Nacimiento:

Yo autorizo a Grossman & Grossman, Ltd. para:

☐ Solicitar Información _____ (iniciales de padre/madre/guardián)

☐ Divulgar Información _____ (iniciales de padre/madre/guardián)

Para la siguiente Agencia/Proveedor:

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

☐ **Archivos Autorizados:**

- ☐ Reportes o Resúmenes de Tratamiento y/o de alta.
- ☐ Información de exámenes preparados por esta agencia
- ☐ Otro (*especifique*): _____

☐ **Coordinación de Autorización de Cuidado**

Yo autorizo al personal de Grossman & Grossman, Ltd. (G&G) que tenga comunicación con el proveedor/agencia mencionado arriba y su personal, para hablar y compartir información escrita o verbal además de reportes generados durante tratamiento con G&G por teléfono, correo electrónico, en persona y por fax. Esta información será usada para el propósito de coordinar el cuidado del cliente. Esta autorización de información es para la agencia mencionada arriba y cubre cualquier cambio de personal en la agencia sin necesidad de obtener una nueva forma firmada de Autorización de Información. Esta autorización incluirá la participación y contribución de información verbal en reuniones de Equipo de Cliente y Familia con otros proveedores de salud mental o servicios sociales para propósitos de tratamiento.

Esta autorización se vence un año de la fecha de firma de abajo. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo con tan solo escribirle a G&G. El revocar no afectara cualquier revelación ya echa o acciones ya tomadas antes de que la revocación haya sido recibida por G&G.

_____ _____.

Firma del Cliente date

_____ _____.

Firma de padre/madre/guardián legal autorizado para firmar date

 PO Box 14948 Scottsdale AZ 85260 ❖ Phone 602-468-2077 ❖ FAX 480-609-9552 ❖ team@grossmantherapy.com

Imprimir Nombre: _____ Relación con el cliente:_____