



## Autorización Para Dar y Recibir Información

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente Nombre de la persona autorizada para firmar

autorizo a \_\_\_\_\_ (Empleado de South Bay Community Services, 1124 Bay Boulevard, Suite D, Chula Vista CA. 91911), para dar y recibir información relacionada con mi hijo(a) o conmigo mismo(a) a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona/Agencia/Dirección y Número de Teléfono

### LA INFORMACIÓN COMPARTIDA SERÁ LIMITADA A LOS SIGUIENTES TEMAS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico            | <input type="checkbox"/> Reportes de Comportamiento   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica      |
| <input type="checkbox"/> Salud Física           | <input type="checkbox"/> Temas Legales                |
| <input type="checkbox"/> Archivos Generales     | <input type="checkbox"/> Consultas con otras Agencias |
| <input type="checkbox"/> Temas Escolares        | <input type="checkbox"/> Otros _____                  |

**Esta autorización será válida por un año empezando en la fecha en que la hemos firmado. Si mi participación en el programa termina antes de un año, entonces la autorización también terminará ese mismo día. Entiendo que también puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi petición por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Firma de el Cliente Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Autorizada Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otra Persona Autorizada Fecha