



## Autorización para la Divulgación de Información

Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento

Entiendo que la ley del estado de Georgia requiere el consentimiento de cada cliente para la divulgación de información confidencial relacionada con la salud mental o con una discapacidad del desarrollo. Con este entendimiento, renuncio a cualquier derecho de confidencialidad que surja conforme a las leyes del estado de Georgia y autorizo la divulgación y/o recepción de registros o información, únicamente en la medida especificada a continuación.

Autorizo a **Anchored Counseling Services LLC** a divulgar y/o recibir la siguiente información relacionada conmigo o con mi hijo(a):

|                                         |       |                         |       |
|-----------------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Resultados de la evaluación diagnóstica | _____ | Resumen del tratamiento | _____ |
| Registros educativos                    | _____ | Informes de alta        | _____ |
| Notas de progreso                       | _____ | Todos los registros     | _____ |
| Plan de tratamiento                     | _____ | Otro: _____             | _____ |

La información indicada anteriormente únicamente podrá ser divulgada a, y/o recibida de, la siguiente persona, organización o agencia:

Nombre de la persona y/o agencia

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal

Esta información será utilizada con el propósito de: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá vigente hasta el \_\_\_\_\_, fecha en la cual expirará y no se realizará ninguna divulgación adicional de información conforme a sus términos.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las partes mencionadas anteriormente. También entiendo que tengo el derecho de revisar y obtener una copia de la información divulgada.

Por la presente, libero a las partes mencionadas anteriormente de cualquier responsabilidad relacionada con la divulgación de esta información conforme a esta autorización.

Firma del Cliente

Fecha

Si el cliente es menor de edad:

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha