

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

IMPORTANTE: Este formulario debe ser completado y firmado en lápiz pasta por cada adulto y todo niño que tiene seis (6) años o más. Si se necesita más de un formulario, se le da permiso para fotocopiar éste.

De acuerdo con las Normas Federales con respecto a mi derecho a confidencialidad,

Yo, _____,
autorizo a la **Dra. Rebecca Holton** a divulgar una copia del informe de la evaluación psicológica y la consulta verbal con respecto a estos resultados y recomendaciones a las personas nombradas a continuación. Si la persona evaluada que se nombra arriba es de menor edad, entonces yo, el padre de dicho menor, sí doy permiso para la divulgación con mi firma abajo.

Great Cities Missions
3939 Belt Line Rd. Suite 705
Addison, Texas 75001 USA
Teléfono: (214) 466-6200

Entiendo que puedo revocar este consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Sin embargo, también entiendo que cualquier divulgación que haya tomado lugar previo a mi revocación y que haya sido hecha mientras esta autorización estaba aún vigente no se puede considerar una brecha de mi derecho a la confidencialidad. Al menos que la revoque de forma anticipada, esta autorización para divulgar información se vencerá cuando termine mi misión e involucramiento con los ancianos de la iglesia que me patrocine. En aquel momento, no se necesitará ninguna revocación explícita para terminar mi consentimiento. En fin, acepto la condición de no culpar a ningún partícipe mencionado en esta autorización por cualquier consecuencia de mi decisión de divulgar esta información.

Firma: _____ Fecha _____

Firmado por: _____
(Nombre en Imprenta)

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Testificado por: _____
(Nombre en Imprenta)

Si la persona evaluada es menor de edad, provea la siguiente información:

Nombre del menor: _____

Edad de menor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o apoderado legal: _____

Firma del padre o apoderado legal: _____