

Family Service Association of Greater Elgin Area

1140 N. McLean Blvd Suite I
Elgin, IL 60123
847-695-3680

Consentimiento para autorizar de dar y/o recibir informacion confidencial

Yo, _____

(Nombre del Cliente)

(La direccion)

(Ciudad)

Autorizar _____

(Nombre de persona y organizacion que da la informacion)

A _____

(Persona o organizacion recibiendo informacion)

Para el proposito de: _____

Tengo entendido que puedo retractarme de este consentimiento en cualquier momento por la solicitud en escrito, y que cualquier informacion dar a conocer antes del recibo de mi pedido para el retraimiento no es un incumplimiento de mi derecho a la confidencialidad.

Tengo entendido que puedo inspeccionar y/o copiar la informacion antes de que sea dado a conocer, haciendo mi pedido por escrito.

Tengo entendido que las consecuencias de mi negativa de firmar este consentimiento pueden ser:

La autorizacion de dar a conocer la informacion expira: ____ - ____ - ____

(Firma del cliente)

(Fecha)

(Firma del testigo)

(Fecha)

Si el cliente es menor de 12, o tiene un guardia tribunal designado por esta autorizacion debe ser firmado por los padres o tutor del cliente

(Padre o tutor)

(Fecha)