

PERMISO PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN
(Authorization for Release of Information)

Yo, a través de la presente, doy mi permiso para la liberación de información relacionada

(I hereby grant my permission for release of information relating to)

a los servicios recibido en:

(services received at:)

Programa de Intervención del Centro para Investigaciones de Adicciones

(Addictions Research Center Intervention Program)

(ARC-IP):

P.O. Box 807

YSO 45387

Fono: 937-7670178 o 937-767-0135

A(to): _____

(la persona quien va a recibir la información)

Este permiso también permite al _____

(This release also allows)

contactar la entidad nombrada arriba referente a la información recibido en:

(to contact the above named entity concerning data gathered at)

ARC para el cliente siguiente:

(ARC for the following client)

Nombre del Cliente _____

(Client's Name)

Fecha de Nacimiento _____

(Date of Birth)

Numero de Seguro Social _____

(Social Security Number)

El propósito de esta liberación de información es:

(The purpose of this release of information is:)

_____ **LEGAL (legal)**

_____ **CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN (continuity of care)**

INFORMACIÓN PARA LIBERAR:

_____ **Examinación (Assessment)**

_____ **Diagnóstico (Diagnosis)**

_____ **Resumen de Despedida (Discharge Summary)**

_____ **Recomendación para Tratamiento (Treatment Recommendation)**

_____ **Otro: Verbal o Escrito/Examen Escrito/Información del Examinación**

(Other: Verbal/Written screening/Assessment Information)

Este permiso está sujeto a revocación en cualquier momento a menos que el programa, que libera la información, ha tomado acción dependiendo del permiso. Si no está previamente revocado, este terminará en 90 días después de la fecha que el cliente lo firme.

FECHA: _____ **FIRMA DEL CLIENTE** _____

(Date)

(Client Signature)

TESTIGO (Witness): _____