



RELEASE OF INFORMATION
PERMISO PARA OBTENER INFORMACION

This form may be used to authorize release of information with the specified individual or agency if signed by the parent or legal guardian of a minor client or the conservator of an adult client. The adult client's signature is sufficient to exchange information between qualified professionals serving the client. Release of information to non-professionals requires signed approval by the adult client's physician, licensed psychologist or M.S.W. social worker (W&I Code 4514b)

I hereby authorize the exchange of information between the Regional Center of the East Bay and the following individual/or agency:

Esta forma puede ser usada para autorizar la obtención de información con un individuo o agencia especificada si está firmada por el padre/madre del cliente menor o guardián legal de un cliente menor o el conservador de un cliente adulto. La firma del cliente adulto es suficiente para intercambiar información entre profesionales calificados que sirven al cliente. El permiso para obtener información de personas que no sean profesionales requiere de la firma del doctor del cliente adulto, del psicólogo licenciado o del trabajador social con grado de maestría (M.S.W.) (W&I Código 4514b)

Por medio de la presente autorizo el intercambio de información entre el Centro Regional del Este de la Bahía y el individuo o agencia abajo mencionado:

^

Name of agency, school, physician, etc. (Nombre de la agencia, escuela, doctor, etc.)

^

Address, City and Zip Code (Domicilio, ciudad y código postal)

REGARDING/ REFERENTE A:

^

Client Name
Nombre del cliente

^

Mother's Name (if provided)
Nombre de la madre (si es provisto)

^

Medical Record # (if known)
del Registro médico (si es conocido)

^

Address, City, Zip Code and Telephone # (Domicilio, ciudad , código postal y número telefónico)

^
Birthdate
Fecha de nacimiento

^
Approximate Date of Service
Fecha aproximada del servicio

Specify the records to be disclosed/ Especifique los datos que deben ser divulgados:

^
—

The requestor may use the health information authorized on this form for the following purposes only.

El solicitante puede utilizar los datos de salud autorizados en esta forma únicamente para los siguientes propósitos:

^
—

DURATION: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until ^ or for one year from the date of signature

DURACION: Esta autorización sera efectivo inmediatamente y permanecerá en efecto hasta _____ o Por un año a partir de la fecha de la firma.

REVOCACTION: This authorization is also subject to written revocation by the undersigned at any time between now and the disclosure of information by the disclosing party. My written revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the Requestor or others have acted in reliance upon this authorization

REVOCACION: Esta autorización está también sujeto a una revocación por escrito por el firmante en cualquier tiempo, desde el momento de la firma hasta que se divulgue la información por la parte interesada. Mi revocación por escrito estará en efecto en el momento en que se reciba, pero no será efectivo hasta el punto en la cual el solicitante y otros hayan actuado en confianza sobre esta autorización.

REDISCLASURE: I understand that the requestor may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law.

DIVULGACION: Entiendo que el soliciante no podrá tener legalmente uso adicional o divulgar la información de salud a no ser que la autorización se obtenga por mí mismo o a no ser que la divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

SIGNED/FIRMA:

Client (If Over 18 and Without Legal Conservator); **Parent of Minor; Guardian; Conservator.**
Cliente (Si es mayor de 18 años sin conservador legal); **Padre/Madre; Guardián; Conservador.**

Date Signed

Fecha de la firma

Witness Verifying Mark of Adult Client

Date

Testigo verificado la marca del cliente adulto (Fecha)

Physician, MSW Social Worker, or Psychologist of Adult Client if Information is Provided to a Non-Professional

Doctor, Trabajador Social MSW, o Psicólogo del cliente adulto si la información es provista por una persona que no sea profesional