



500 Davis Street, Suite 100
San Leandro, CA 94577

2151 Salvio Street, Suite 365
Concord, CA 94520

RELEASE OF INFORMATION/PERMISO PARA OBTENER INFORMACIÓN

This form may be used to release information with 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)

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

This is to authorize exchange of information between the Regional center of the East Bay and the following individual or agency:

Este documento autoriza el intercambio de información entre el El Centro Regional del Este de la Bahía y el siguiente individuo o agencia:

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

Address, City and Zip Code (Dirección, Ciudad y Código postal)

REGARDING/ REFERENTE A:

Client's name
Nombre del cliente

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

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

SIGNED/ FIRMA:

Client (If over 18 and without Legal Conservator); Parent of minor; Guardian; Conservator
Cliente (Si el cliente es mayor de 18 que no tiene Conservador Legal) Padre/Madre; Guardian;
Conservador

Dated signed
Fecha de la firma

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 a un no-
profesional

Witness verifying mark of adult client
Testigo verificando la marca del cliente adulto

Date
Fecha

Case Manager Signature
Firma del (la) trabajador (a) social

Date
Fecha

Consumer name: _____
Nombre del cliente

DOB: _____
DDN