



500 Davis Street, Suite 100  
San Leandro, CA 94577

1320 Willow Pass Road, Suite 300  
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). The information will be sent via email.

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). La información se enviará por correo electrónico.

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

Client name: \_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

DOB: \_\_\_\_\_  
DDN