

**CONSENT FOR DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS/
CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

I authorize Gladys Cardona L.C.S.W. to _____ release / _____ obtain information from the records of:
Yo autorizo a Gladys Cardona L.C.S.W. a _____ dar / _____ obtener información de los records de:

_____ Name / Nombre _____ D.O.B / Fecha de Nacimiento

To/A: (NAME / NOMBRE) _____

(ADDRESS / DIRECCIÓN) _____

_____ PHONE / TELÉFONO

To the extent or nature checked below: / Al grado o naturaleza según marcado:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intake Evaluation/ Evaluación Inicial | <input type="checkbox"/> Final Summary / Resumen Final |
| <input type="checkbox"/> Diagnosis / Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Progress Notes / Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Treatment Plan and Review / Plan de Tratamiento y Revisión | <input type="checkbox"/> Other / _____ |
| <input type="checkbox"/> Medical and Psychiatric History / Historia médica y psiquiátrica | _____ |

Except to the extent action has occurred in reliance thereon, this consent may be revoked by me at any time. And if revoked it will expire on _____. If no date is specified, it will expire thirty days after my case is closed / transferred by Gladys Cardona L.C.S.W

Excepto al extento de acción ya ocurrida en relación a dicho evento, éste consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento De ser revocado, expirará el _____. Si no se especifica fecha, expirará después de treinta días de mi caso ser Cerrado / Transferido por Gladys Cardona L.C.S.W.

Date / Fecha: _____ Sign / Firma _____
Client, Parent/Guardian or Other Authorized
Cliente, Pariente/Guardián ú Otro Autorizado

Witness / Testigo: _____
Indicate Relationship / Indique Relación

CONSENT REVOKED / CONSENTIMIENTO REVOCADO:

Date / Fecha: _____ Sign / Firma _____
Client, Parent/Guardian or Other Authorized
Cliente, Pariente/Guardián ú Otro Autorizado

Witness / Testigo: _____
Indicate Relationship / Indique Relación

Important Notice to Recipients of this Information: This information has been disclosed to you from records protected by Federal Confidentiality Laws and prohibits you from making any further disclosure of this information without written consent or as otherwise legally permitted. A general authorization for release of records is not sufficient for this purpose

Nota Importante a los Recipientes de Esta Información: La información revelada proviene de records protegidos por Leyes Federales de Confidencialidad y le prohíbe divulgar información sin consentimiento escrito ó de manera legalmente permitido. Una autorización general para divulgar información no es suficiente para éste propósito.