

*Dr. Leon O. Brenner Center for Psychological Assessment & Consultation
William James College, Graduate Education in Psychology
One Wells Avenue, 4th Floor
Newton, MA 02459
Telephone: 617-323-1735
Facsimile: 617-323-6969*

Información de Divulgación/ Permiso: Niño/Adolescente

Incluya aquí las personas con la que usted crea que el personal de Brenner Center debe comunicarse para entender mejor las preguntas o quejas de su referido que nos ha pedido que respondamos. Estas personas pueden ser un maestro de escuela, médico, terapeuta, etc.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Número de Seguro Social: _____

Entiendo que el propósito de este permiso de divulgación es para ayudar con la evaluación de mi hijo/a al mejorar la comunicación entre los proveedores de servicios profesionales en el Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology y las personas importantes en la vida de mi hijo/a. Para promover este objetivo, autorizo:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

para divulgar información sobre mi hijo/a al Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology.

La información específica que se divulgará es: _____

_____.

Resumen de admisión o admisión

Resumen de alta o terminación

Evaluación psiquiátrica/psicológica

Informe de evaluación

Registros médicos

Información sobre el tratamiento del abuso de drogas y alcohol

Informes de laboratorio

Información sobre el VIH o el SIDA.

Registros escolares: incluido el registro acumulativo, el registro de salud, el IEP y cualquier prueba o historial social

Intercambio verbal de información Otro _____

Mi récord puede contener información sobre abuso de drogas, alcoholismo y / o abuso de alcohol.

Cheque uno: Estoy dispuesto/a; No estoy dispuesto/a a que esta información se divulgue al Brenner Center.

Mi récord puede contener información relacionada con el SIDA o mi estado de VIH.

Cheque uno: Estoy dispuesto/a; No estoy dispuesto/a a que esta información se divulgue al Brenner Center.

También autorizo a los proveedores de servicios en el Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology a comunicarse con la persona mencionada anteriormente.

Este informe de permiso de divulgación permanecerá válida hasta la finalización de la evaluación de mi hijo en el Centro de Evaluación Brenner.

Entiendo que:

- Puedo revocar este permiso en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a mi evaluador en el Centro Brenner o a su Directora Ejecutiva, Kelly Casey, PhD. Este permiso puede ser anulada excepto en la medida en que ya se haya actuado o si el permiso se obtiene como condición para obtener cobertura de seguro médico (otras leyes le concede a la persona el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza)
- Puedo negarme a firmar este permiso. Si me niego a firmar este permiso, mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad de los beneficios no se verán afectados.
- Si la persona vuelve a divulgarla, la información publicada en esta autorización ya no está protegida por el Brenner Center
- Esta versión se vencerá en 1 año o de otra manera como se indique en un evento o fecha específica: _____

He leído cuidadosamente y entiendo completamente la información anterior, y autorizo voluntariamente la divulgación de la información anterior sobre, o registros médicos de, mi condición a las personas o agencias indicadas.

Firma del Cliente o Persona Autorizada

____/____/_____
Fecha

Imprima Nombre

Relación con el Cliente

Firma del Cliente (si otra persona ha firmado)

____/____/_____
Fecha