

Serenity Pediatric Therapies/ Michelle Layman
 Dirección de Ubicación: 302 S Baldwin Ave, Marion, IN 46952
 Dirección Postal: La misma
michelle.layman@serenitypediatric.com
 765-661-7373

Autorización para intercambiar, obtener o Divulgar Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Domicilio: _____

Padre/Tutor(es): _____
 Número de teléfono: _____

Con el fin de brindar la mejor atención, por la presente doy permiso para un intercambio mutuo de los documentos/información indicados a continuación sobre el cliente mencionado. Indique solo una ubicación por formulario de autorización.

Entre Serenity Pediatric Therapies y las siguientes: (Hospital, Clínica, Médico, Institución, Asociación, o Escuela)	
Dirección postal:	
Persona(s) de contacto:	
Teléfono de Contacto:	
Fax Contacto:	

(Por favor, marque todo lo que le corresponda).

<input type="checkbox"/>	Divulgar toda la información
<input type="checkbox"/>	Datos identificativos (nombre, dirección, fecha de nacimiento, nivel de grado, asistencia)
<input type="checkbox"/>	Informes médicos
<input type="checkbox"/>	Informes psicológicos
<input type="checkbox"/>	Informes psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	Otros: (especifique)

Otorgo permiso para el intercambio mutuo de información (como se describe anteriormente) a través de un informe escrito y enviado por correo, llamada telefónica, reunión, correo electrónico o fax. Entiendo que puedo revocar esto por escrito en cualquier momento.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del representante legal

Relación al cliente.