



Client Phone #/Teléfono del cliente: _____

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
CONSENTIMIENTO PARA DAR/OBTENER INFORMACION CONFIDENCIAL

Name of Client/Nombre del cliente

Date of Birth/Fecha de nacimiento

I / Yo, _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento _____

(Name of parent/guardian if client is a minor/
Nombre del padre o tutor si cliente es menor de edad)

Authorize CLUES to _____ disclose to _____ obtain from _____ exchange with
Autorizo a CLUES a _____ dar a _____ a obtener de _____ a intercambiar con

Name / Nombre Agency / Agencia Phone Number / Teléfono

Address / Dirección City / Ciudad State / Estado Zip code / Código postal

The following information / La siguiente información:

- Verbal information related to treatment / Información verbal sobre el tratamiento
Psychological testing results / Resultados de evaluaciones psicológicas
Diagnostic Assessment and Diagnosis / Documento determinando diagnostico y Diagnostico
Progress notes and Treatment Plan / Notas de progreso y Plan de tratamiento
Discharge / Treatment Summary – Resumen de tratamiento
Medical records / Archivos medicos
Information regarding client's cooperation/compliance with court probation requirement and recommendations/ Información sobre la cooperación del cliente con sus requisitos y recomendaciones de libertad condicional y del tribunal.
Client Insurance Information/Información de seguro medico del cliente
Other/Otro: _____

This information will be released for the following purposes / Esta información se revelará con el siguiente propósito:

- Assessment and treatment planning / Evaluación y plan para el tratamiento
To monitor client's progress toward compliance with court or probation recommendations/ Para seguir los procesos de la libertad condicional conforme al tribunal.
Completion of parenting assessment / Para completer evaluación de padres
Determining eligibility for insurance benefits / Para determinar elegibilidad de seguro medico
Other/Otro: _____

The information to be released is private. I have been told why I am asked to consent to the release of the above information and how the information will be used. I understand that I am not required by law to consent to the release of the information but if I do not consent, it may interfere with or prevent achievement of my treatment goals. I understand that I may revoke this consent upon written notice. My consent will automatically expire one year from the date of my signature below.

La información que será revelada es privada. Me han comunicado por que me piden que firme este consentimiento para dar y obtener información, y de cómo será usada la misma. Yo entiendo que no estoy obligado por ley a consentir que se obtenga o se de información, pero si no doy este consentimiento esto podría interferir o evitar el logro de mis metas de tratamiento. Entiendo que puedo anular este consentimiento través de un pedido por escrito. Mi consentimiento va a expirar automáticamente en un año a partir de la fecha de mi firma.

Client's signature / Date
Firma del cliente / Fecha

Guardian's signature / Date
Firma del guardián o apoderado / Fecha

Witness / Date
Testigo / Fecha