

Liberación de información

De otra entidad a SSG

Nombre del niño: _____

Padre/tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Fecha de solicitud : _____

Por la presente autorizo a _____ a divulgar a SSG Community Therapy Services lo siguiente información (indique la información solicitada):

Toda la información divulgada tiene el propósito expreso de desarrollar e integrar un plan eficaz de tratamiento para el niño mencionado anteriormente. Entiendo que esta información es confidencial y solo será visto por miembros del equipo de intervención temprana de mi hijo.

Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

