



CENTER FOR MINDFUL PSYCHOTHERAPY, INC.
Autorización para liberar información confidencial

Yo, [Nombre del Cliente],

por la presente autorizo a [Nombre del
Proveedor] _____

(Terapeuta de Matrimonio y Familia Asociado en el Center for Mindful
Psychotherapy) a liberar información confidencial obtenida durante el curso de mi
tratamiento a:

Esta Autorización permite la liberación de la siguiente información:

____ Diagnóstico ____ Plan de tratamiento ____ Progreso a la fecha

____ Pronóstico ____ Resultados de pruebas clínicas ____ Fechas de tratamiento

____ Cualquiera y toda la información necesaria

____ Otra (especificar)

Autorizo la liberación de la información antes descrita para los siguientes fines:

Los usos y limitaciones específicos de los tipos de información que se liberarán son los siguientes:

Los usos y limitaciones específicos del uso de la información por el Receptor son los siguientes:

Comprendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización, y que cualquier modificación o revocación de esta Autorización deberá ser por escrito.

La Autorización seguirá siendo válida hasta: _____
("Fecha de vencimiento")

Por: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente