

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**YO MISMO / MI HIJO(A)** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ autorizo y requiero que la información de salud protegida a Natalie Kollross, PsyD, Psicóloga Clínica, para ayudar en la evaluación mía. Yo entiendo que tal información estará detenido por Dra. Kollross debajo la privilegia mía y que esta autorización pudiese ser revocada por escrito durante cualquier momento antes del reporte para mi abogado está completa por Dra. Kollross. Aún más entiendo que mi abogado y yo vamos a revisar la información en el reporte, cual estar guardado como confidencial debajo de la privilegia entere cliente y abogado hasta que llegue tal tiempo en que decido a divulgar el reporte.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_