THE NEW FOUNDATION

SCOTTSDALE, ARIZONA 85257

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION

_____	_____	_____
Nombre del Client	#de SS	Fecha de Nacimiento

Persona//Agencia autorizada a dar la declaracion:_____

Domicilio:_____

Persona/Agencia pidiendo la informacion:

_____

Informacion que puede ser dada, indique todo las que sean aplicables:

() Comunicacion Verbal	**() Evaluaciones Psiquiatricas**	**() Registros Escolares**
() Registros Immunizations	**() Resumen de Dada de Alta**	**() Notas del Progreso**
() Registros Medicamentos	**() Resultados de las Laboratorio**	**() Records de Pago**
() Personal del Equipo	**() Otro (Especifique):_____**	

Proposito para la Declaracion:

_____

_____

La informacion senalada aarriba puede incluir los records sobre el abuso de drogas, alcoholsmo, anemia (sickle cell) examenes/infeccion de inmunodeficiencia humana/virus (HIV), sindroma de inmunodeficiencia (AIDS), o examen genetico.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion por escrito a The New Foundation. La revocacion sera valida excepto al grado al cual la accion basada en esta autorizacion haya sido tomada. Este consentimiento se vencera:

Al ser dado de alta del proveedor, En:_____
(Fecha)

_____	_____
Firma del Client:	**Fecha de la firma del Clientr:**
_____	_____
Ortra firma requerida (si es aplicable)	**Testigo:**
_____	
Relacion con el Client:	

Notice: Alcohol and drug abuse patient records are protected by Federal confidentiality regulations (42CFR part 2). The Federal regulations prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. If the client is between 12 - 18 years of age, both his/her signature along with parent/guardian is required for this information. Rev 11/05