

## AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, he solicitado servicios de Community Servings.

Yo entiendo que para poder prestar tales servicios, Community Servings tal vez necesitará la liberación de restricción para recibir información acerca de mi de :

(Por favor lista los nombres, números telefónicos y direcciones de las agencias/personas con quien tal vez necesitamos comunicar)

#	Nombre de Contacto	Nombre de Agencia y Dirección	Teléfono
1.	<i>Mi Medico Principal</i>		
2.	<i>El/La Encargado/a de mi Caso</i>		
3.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		
4.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		
5.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		

Yo entiendo y estoy de acuerdo que Community Servings puede divulgar información acerca de mi condición y circunstancia física, psicológica económica y legal, incluyendo mi estado de SIDA( HIV/AIDS) y historia de uso de sustancias.

Yo permito esta autorización basado en la condición de que Community Servings tomará todo cuidado apropiado, en todo tiempo para proteger mis derechos a privacidad y confidencialidad. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en forma escrita en cualquier momento con excepción de cuando Community Servings ya ha divulgado información basado en este acuerdo.

Además, si no esta específicamente declarado, esta Formulario de Liberación estará vigente por un año desde la fecha en que esta firmado.

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_