

## Consentimiento para la publicación y el intercambio de información confidencial

**NOMBRE DEL/LA CLIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Youth Services of Glenview/Northbrook**  
**3080 West Lake Avenue, Glenview, IL 60026**  
**Teléfono: 847-724-2620 / Fax: 847-724-3499**

**Y:** Persona / Institución \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

La firma colocada autoriza a Youth Services of Glenview/Northbrook y la persona o agencia a los que va dirigido este formulario, a intercambiar información oral y escrita que es restringida e identificable como se enumera a continuación en relación con el/la niño/a mencionado/a anteriormente. Esta información está destinada al uso en la toma de decisiones de programación y tratamiento. Los firmantes entienden que la negativa a firmar hace que los documentos y la información no hayan sido liberados. Es la intención de los firmantes que una fotocopia o un fax de este formulario tenga la misma fuerza y el mismo efecto legal que la versión original. Además, los firmantes entienden que tienen el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento cuando sea por escrito.

**DOCUMENTOS CUBIERTOS POR ESTA VERSIÓN:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN PSICOLÓGICA    | <input type="checkbox"/> INFORMES MÉDICOS INCLUYENDO: _____              |
| <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA   | <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA           |
| <input type="checkbox"/> DESARROLLO SOCIAL ESTUDIO | <input type="checkbox"/> INDEBIDO EVALUACIÓN/PANTALLAS                   |
| <input type="checkbox"/> (IEP)                     | <input type="checkbox"/> DESCARGA RESUMEN PLANES DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____               | <input type="checkbox"/> OTRO: _____                                     |

\_\_\_\_\_  
FECHA

X \_\_\_\_\_  
FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DE NIÑO/A (SI 12 O MÁS AÑOS)

**FECHA DE CADUCIDAD DE LA VERSIÓN:** \_\_\_\_\_  
 (NO MÁS DE UN AÑO DESDE LA FECHA DE LA FIRMA)