

## Authorization and Release of Information Form

I understand that \_\_\_\_\_ [Name of Agency] has an obligation to keep confidential our conversations, my records, and my personal and identifying information. I also understand that I can choose to allow [AGENCY NAME HERE] to share this information with specific people or agencies, and to request information from them on my behalf.

I, \_\_\_\_\_, give \_\_\_\_\_ permission to  give the following information to and/or to  get information from the following:

<b>Who I want my information to be shared with:</b>	<b>Name:</b>  <b>Title or Agency:</b>  <b>Telephone number:</b>
<b>What information will be shared:</b>	

**The information may be shared:**

in person       by phone       by fax       by mail       by email

**I understand that:**

\_\_\_\_ I do not have to sign a release form. It is my choice to allow \_\_\_\_\_ to share my information or request information on my behalf.

\_\_\_\_ Releasing or requesting information could give another person or agency information about my location because they will know that \_\_\_\_\_ is assisting me and where its offices are located.

\_\_\_\_ By signing a release of information, it is possible that some or all of my information will no longer be considered "privileged." Both "privilege" and "waiver" have been explained to me.

\_\_\_\_ This release is limited to what I write above. If I want \_\_\_\_\_ to give or get additional information about me or my case, I may need to sign another time-limited release.

\_\_\_\_ [Agency Name] and I may not be able to control what happens to my information once it has been released. The person or agency getting my information may be required by law, or practice, to share it with others. I also understand that as information is shared the possibility of inadvertent privacy breaches increases too.

**This release is valid for a period of \_\_\_\_ days after signature.**

**I understand that this release is valid when I sign it, and that I may withdraw my consent to this release at any time either verbally or in writing.**

**Client signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian signature (if applicable):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ I am choosing to renew or extend this release of information. The release now expires on \_\_\_\_\_.

## Formulario de autorización para divulgar información

Entiendo que \_\_\_\_\_ [Nombre de la Agencia] tiene una obligación de mantener confidencial nuestras conversaciones, mi información personal, información que me identifica, y mis expedientes. También entiendo que puedo permitir que [NOMBRE DE SU AGENCIA AQUÍ] comparta esta información con ciertos individuos o agencias y solicita información de estos individuos o agencias de parte de mí.

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a \_\_\_\_\_ para  dar información a y/o  recibir información de lo siguiente):

Quien deseo que tenga mi información:	Nombre: Título o Agencia: Número de teléfono:
Qué información será compartida:	

**The information may be shared / La información se puede divulgar:**

en persona     por teléfono     por fax     por correo     por correo electrónico

Entiendo que:

\_\_\_ No tengo que firmar un formulario de autorización de divulgar información. Es mi decisión dar permiso al \_\_\_\_\_ para compartir o solicitar información de parte de mí.

\_\_\_ El divulgo o solicitud de información podría informarle a otras agencias o personas sobre mi ubicación porque confirmaría que \_\_\_\_\_ está asistiéndome, y sabrán donde se encuentran las oficinas del \_\_\_\_\_.

\_\_\_ Es posible que una parte o toda mi información no estará considerada privilegiada después de que firmo este permiso limitado. Alguien me ha explicado lo que significa "privilegio" y la renuncia de ese privilegio.

\_\_\_ Este formulario de autorización está limitado a lo que escribí arriba. Si quiero que el \_\_\_\_\_ divulgue u obtenga más información sobre mí o mi caso, necesitareé firmar otro formulario de autorización para divulgar información, de limitado tiempo.

\_\_\_ Es posible que [Nombre de su agencia] y yo no podamos controlar lo que suceda con esta información después de que se comparta. La agencia o la persona que obtiene dicha información puede ser requerida por ley, o práctica, a divulgar mi información con otras. También entiendo que cuando la información será compartida la posibilidad de violaciones involuntarias/inadvertidas de la privacidad aumenta también.

Esta autorización es válida por \_\_\_\_\_ días después de que se firma.

Entiendo que esta autorización es válida cuando la firmo, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, oralmente o por escrito.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor(a)** (si se aplica): \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ Estoy eligiendo a renovar o ampliar esta autorización. Ahora esta autorización se vence \_\_\_\_\_.