



DIVULGACIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN

Yo, _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____
(Imprimir o escribir el nombre)

de _____
(Escriba o escriba la dirección completa)

autorizar _____

divulgar a la Oficina del Defensor Público la siguiente información de mis registros.
(Especifique el alcance o la naturaleza de la información que se divulgará).

El propósito o la necesidad de tal divulgación es _____

Este consentimiento (a menos que se revoque expresamente antes) vence el :

(Especifique la fecha, el evento o la condición en que expirará el consentimiento)

Firma del Cliente/Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Firma del padre, tutor o
Representante Legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Esta información le ha sido revelada a partir de registros, cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichas reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.

Dirija su respuesta a: _____ (Abogado/División)
Oficina del Defensor Público Re: Caso # _____

