



## Oliver Behavioral Consultants, LLC

550 Thornton Parkway, Suite 234. Thornton, CO 80229

Office: (720) 459-7493 Fax: (720) 583-2382

---

### AUTORIZACION PARA RECIBIR Y/O COMPARTIR INFORMACION

Por medio de la presente, solicito y autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre de la **escuela, Doctor** etc.) localizado en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Dirección completa)  
\_\_\_\_\_ (# teléfono) participar en comunicación escrita y/o verbal para compartir información a **Oliver Behavioral Consultants, LLC** localizado en 550 Thornton Parkway, Suite 234, Thornton CO 80229, telefono 720-459-7493 en referencia a la información marcada abajo con respecto a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información referente a mi hijo(a), será compartida y comunicada si está indicado a continuación.

Evaluación psiquiátrica y/o Admisión psiquiátrica

Diagnostico y/o Reporte de diagnostico

Récord completo y/o Historia medica completa

Tratamiento/Plande tratamiento/ Resumen de dada de alta/Recomendaciones

Historia Social y/o de Desarrollo

Cuidado/Progreso/Notas de Terapia

Medicamentos / Servicios Medicos

Record Académico y/o relacionado con la Escuela: notas, resultados de exámenes, asistencia, suspensiones/expulsiones, IEP/504, Servicios de apoyo Social

Otro .....

Con el propósito de: \_\_\_\_\_

Reconozco que toda la información solicitada y/o compartida es estrictamente confidencial y no puede ser compartida por la agencia que la recibe sin otra autorización escrita. Entiendo que esta autorización vence a un año de ser firmada. Una copia de esta autorización es válida en reemplazo de la original. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre y/o Representante del Cliente Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño(a)

\*Estudiantes calificados pueden autorizar de compartir su propio récord

---

**(USAR ESTE ESPACIO PARA REVOCAR AUTORIZACION) Por medio de la presente revoco mi autorización anterior acerca de mi niño(a).**

\_\_\_\_\_  
Fecha de revocación

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre y/o Representante