

Clearhope Counseling & Wellness Center

6021 Fairmont Parkway Suite 200

Pasadena, TX 77505

281-769-2238 ext. 500

www.clearhopewellness.com



Consentimiento para Divulgar Informacion

Yo, _____, autorizo el intercambio mutuo de información entre
(Nombre del/la Cliente/Estudiante)

Mi terapeuta de Clearhope Counseling & Wellness, y _____.
(Campus/ Distrito Escolar)

Esta Autorización es en relación a _____ incluye los siguientes documentos
o información: (Nombre del/la Cliente/Estudiante)

Calificaciones, asistencia, reportes disciplinarios, acomodaciones, plan /programa 504 o IEP

Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes federales y estatales de confidencialidad y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a Clearhope Counseling & Wellness y / o al Distrito Escolar / Campus. A menos que se solicite lo contrario, mi consentimiento caducará automáticamente 30 días después de la terminación de los servicios o un año después de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

La fecha, evento o condición en que expira este consentimiento es:

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma Padres/Representante Legal _____ Fecha _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____