

*Dr. Leon O. Brenner Center for Psychological Assessment & Consultation  
William James College, Graduate Education in Psychology  
1 Wells Avenue, 4th Floor  
Newton, MA 02459  
Telephone: 617-327-6777 x2283  
Fax: 617-323-6969*

**Información de Divulgación/ Permiso: Adulto**

---

*Incluya aquí las personas con la que usted crea que el personal de Brenner Center debe comunicarse para entender mejor las preguntas o quejas de su referido que nos ha pedido que respondamos. Estas personas pueden ser un maestro de escuela, médico, terapeuta, etc.*

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Entiendo que el propósito de este permiso de divulgación es para ayudar con mi evaluación para mejorar la comunicación entre los proveedores de servicios profesionales en el Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology y las personas importantes en mi vida. Para promover este objetivo, autorizo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

para divulgar mi información al Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology.

La información específica que se divulgará es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resumen de admisión o admisión

Resumen de alta o terminación

Evaluación psiquiátrica/psicológica

Informe de evaluación

Registros médicos

Información sobre el tratamiento del abuso de drogas y alcohol

Informes de laboratorio

Información sobre el VIH o el SIDA.

Registros escolares: incluido el registro acumulativo, el registro de salud, el IEP y cualquier prueba o historial social

Intercambio verbal de información       Otro \_\_\_\_\_

Mi récord puede contener información sobre abuso de drogas, alcoholismo y / o abuso de alcohol.

Cheque uno:  Estoy dispuesto/a;  No estoy dispuesto/a a que esta información se divulgue al Brenner Center.

Mi récord puede contener información relacionada con el SIDA o mi estado de VIH.

Cheque uno:  Estoy dispuesto/a;  No estoy dispuesto/a a que esta información se divulgue al Brenner Center.

También autorizo a los proveedores de servicios en el Centro de Evaluación Brenner en William James College, Graduate Education in Psychology a comunicarse con la persona mencionada anteriormente.

---

Este informe de permiso de divulgación permanecerá válida hasta la finalización de mi evaluación en el Centro de Evaluación Brenner.

Entiendo que:

- Puedo revocar este permiso en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a mi evaluador en el Centro Brenner o a su Directora Ejecutiva, Kelly Casey, PhD. Este permiso puede ser anulada excepto en la medida en que ya se haya actuado o si el permiso se obtiene como condición para obtener cobertura de seguro médico (otras leyes le concede a la persona el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza)
- Puedo negarme a firmar este permiso. Si me niego a firmar este permiso, mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad de los beneficios no se verán afectados.
- Si la persona vuelve a divulgarla, la información publicada en esta autorización ya no está protegida por el Brenner Center
- Esta versión se vencerá en 1 año o de otra manera como se indique en un evento o fecha específica: \_\_\_\_\_

**He leído cuidadosamente y entiendo completamente la información anterior, y autorizo voluntariamente la divulgación de la información anterior sobre, o registros médicos de, mi condición a las personas o agencias indicadas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Persona Autorizada

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (si otra persona ha firmado)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha