

COMPREHENSIVE FAMILY COUNSELING, INC.
9485 SW 72ND STREET
SUITE A-242
MIAMI, FLORIDA, 33173
Tel. 305.305.5819 Email: Discoveryyourself25@gmail.com

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN

Fecha: _____

Nombre(s) Cliente(s): _____ Record ID# _____

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de registros / comunicación perteneciente a mi hijo o a mí mismo, _____, entre María Rodríguez, LMFT y las siguientes agencias (incluyen todas las escuelas, médicos, psicólogos, hospitales, clínicas, tutores ad litem, tribunales, otros psicoterapeutas, etc .:

Nombre	Dirección y # de Teléfono

El propósito de hacer disponibles estos registros es: facilitar la comunicación y la colaboración entre el terapeuta y la atención externa para garantizar el bienestar del cliente.

Certifico que soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente o que soy un cliente mayoritario y tengo la autoridad para firmar este comunicado.

Nombre (Letra Impresa)

Firma

Nombre (Letra Impresa)

Firma