



Brain Learning Psychological Corp.
Email: Office@brainlearning.com
Phone: (619) 324-9764
Fax: (619) 713-5870

Oficina de San Diego
5550 Baltimore Dr #150
La Mesa, CA 91942

Oficina de Orange County
25823 Cabot Road #201
Laguna Hills, CA 92653

Autorización de Liberación de Información

Yo, _____, autorizo el intercambio y exposición de información
Nombre del padre/ tutor/ Cliente adulto

Con respecto a _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre del estudiante

entre Brain Learning Psychological Corporation y:

Nombre del Proveedor : _____
(Abogado(a), Advocate, Terapeuta, Psiquiatra, Medico, etc.)

Dirección: _____

Número telefónico: _____ e-mail : _____

Fax: _____

Esta autorización permite la liberación/ realización de lo siguiente (Por favor marque con una "X" las opciones que apliquen)

- Todas las opciones listadas a continuación:
- Cuestionarios (Escala de puntaje) / Entrevistas
- Archivo Educativo (incluyendo Evaluaciones e IEPs, asistencia, disciplina, calificaciones)
- Evaluaciones Independientes o Privadas.
- Expedientes Médicos
- Fechas de tratamiento y resumen del plan de tratamiento (si aplica)
- Otro (especifique) : _____

Yo autorizo la liberación de información confidencial descrita anteriormente con el propósito de:

- Evaluación independiente Plan Educativo Otro: _____

Estoy conciente que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y que cualquier cancelación o modificación a esta debe solicitarse por escrito. Esta autorización es válida por 1 año basado en la fecha de firma o hasta la fecha de expiración a continuación: _____.

Firma de Padre / Tutor / Cliente adulto

Fecha