

Laurie Donovan
Licensed Marriage and Family Therapist
Licensed Certified Social Worker
(512)731-7141

1823 Fortview Ste. 106
Austin, Tx 78704
ldonovan@austin.rr.com
fax (512)444-6124

Release of Information
Permiso para Dar Informacion

(Client name) _____ (Date of Birth) _____
Nomber del cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

(Address) _____
Direccion _____

(I give my permission for) Laurie Donovan, LMFT, LCSW
Ortogo mi permiso para que _____ (Name, address, telephone number)

(to release and receive from)
puede dar y recibir informacion de _____

(name address, telephone number)

(the following information regarding the client/family)

La siguiente informacion acerca de mi/mi familia:

- ___ (Initial Assessment)Evaluacion Inicial
___ (Information on Progress in Therapy)Informacion del Progreso en la Terapia
___ (Treatment Plan) Plan del Tratamiento
___ (Medical Information) Informacion Medica
___ (School Behavior and Performance) Rendimiento y conducta escolar
___ (Termination Summary) Resumen Final
___ (Other) Otro _____

(for the purpose of)

Con el proposito de:

- ___ (Coordination of Services)Coordinacion de servicios
___ (To Assist in Evaluation)Para Asistir en la evaluacion
___ (To Provide Continuity of Treatment)Para Dar Continuidad al Tratamiento
___ (Payment) Pago
___ (Other) Otro _____

Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, salvo al punto en que alguna accion ya se haya realizado. Si no se revoca anteriormente, este permiso se vencera al ano de la fecha en que se firma o cuando termina el episodio de tratamiento. (I understand that I can revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken. If not earlier expressly revoked, it shall expire one year form the date signed, or at the end of this episode of treatment.)

Entiendo que la informacion que se de a conocer puede incluir una historia de ABUSO DE ALCOHOL o DROGAS o de TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL.

(I understand that the specific type of information to be disclosed may include a history of DRUG or ALCOHOL ABUSE or MENTAL HEALTH TREATMENT.)

(Client Name)Nombre del Cliente (Date)Fecha

(Parent/Legal Guardian)Padre/Guardian Legal (Date)Fecha

(Witness)Testigo (Date)Fecha
