

## *Autorización para el Intercambio de Información*



Rosemary Z Hernández, Ph.D., LPC-S, NCC, CCMHC

Doctorate in Counselor Education and Supervision, TX Lic.#60727

Dr. Hernandez and Associates PLLC

12274 Bandera Rd. Ste. 122

Helotes, Texas 78023

(210) 530 - 1180

[drhernandez@drhernandezpllc.com](mailto:drhernandez@drhernandezpllc.com)

[www.drhernandezpllc.com](http://www.drhernandezpllc.com)



***Autorización para el Intercambio de Información***

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Yo \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ (Padre o guardián)

Autorizo y pido que: Rocio Hernandez, MFT, LPCC, PhD y mi abogado

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Intercambiar la siguiente información para mi caso legal.

Por favor incluya únicamente la información marcada:

Toda la información relacionada con mi tratamiento psicoterapéutico:

Información Legal  Estado de HIV \_\_\_\_\_

Resumen del tratamiento  Notas psicoterapia \_\_\_\_\_

Historia Social  Uso de alcohol o drogas

Evaluaciones/Pruebas  Otra: \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad \_\_\_\_\_ Desea una copia de esta forma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre, o guardián Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo Fecha \_\_\_\_\_

