

## RENUNCIA DEL PRIVILEGIO

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la oficina de Dr. Hernandez & Associates PLLC que entregue la información médica protegida a mi abogado/a solicitada por él o ella o en la citación. También autorizo a un experto/a a dar testimonio en los procedimientos legales sobre la evaluación psicológica y el reporte que hizo de mi caso. Entiendo que el testimonio será acerca de la evaluación e informe profesional, y que no se puede considerar como abogacía.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

