



Check one:

rev 1-7-20

- J. Todd George, PsyD Andrew Gothard, PsyD
- Carolyn Johnson, PhD Yoshitaro Oba, PhD
- Jessenia Rodriguez, PsyD Angela Stewart, PhD

Acuerdo de Comunicaciones

Nombre del Cliente: _____

Entiendo que, como parte de mi atención médica, el clínico nombrado anteriormente y / u otros empleados de Atlanta Psychological Services deberán ponerse en contacto conmigo de vez en cuando a fin de recordarme una cita, transmitir los resultados de las pruebas o para otros razones. Entiendo que Atlanta Psychological Services LLC utilizará la información mínima necesaria cuando se comuniquen conmigo indirectamente. Entiendo que puedo revocar o enmendar este acuerdo en cualquier momento. Cualquier revocación o cambio no se aplicará a las comunicaciones ya completadas

(Por favor escriba legiblemente)

Marque uno para el numero preferido para confirmar citas:

Casa: _____

Celular: _____

Trabajo: _____

E-mail: _____

(Para informes de evaluación psicológica, enviarlos encriptados dentro de un correo electrónico le permite recibir el informe lo antes posible)

Por lo presente autorizo al médico y / u otros empleados de Atlanta Psychological Services a contactarme en cualquiera de las formas anteriores. Entiendo que Atlanta Psychological Services NO se comunican por medio de mensajes de texto. Al proporcionar los números de teléfono anteriores, doy permiso para dejar mensajes de voz.

Firma del Cliente o tutor legal

Fecha