

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Es la política de Rape Crisis Center of Milford que la comunicación entre la consultora y el cliente sean confidenciales. Nosotros no divulgaremos ninguna información, a menos que hayas completado este formulario dándonos el permiso de hacerlo.

Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso a **RAPE CRISIS**

**CENTER OF MILFORD** de divulgar cualquier información necesaria a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona y/o agencia

Dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono:

\_\_\_\_\_

Con el propósito de ayudarme con: (marca lo que aplica)

Asistencia Legal       Asistencia Médica       Asistencia Emocional

Otro (Por favor especifica) \_\_\_\_\_

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ desde la fecha que fue firmada.

Entiendo que puedo detener esta autorización a divulgar información escribiendo una carta a **RAPE CRISIS CENTER OF MILFORD** en 70 West River Street Milford, CT 06460, explicando que ya no autorizo divulgar la información. También entiendo que esto no limitara la información previamente autorizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente y/o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero/Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

Permiso de esta autorización fue negada el: \_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma