



Shine a Light Counseling Center  
735 Chestnut St. Suite C  
Santa Cruz, California 95060  
Phone: 831-996-1222  
[www.shinealightcounseling.com](http://www.shinealightcounseling.com)

### Consentimiento para divulgar información confidencial

Al firmar este documento, yo, \_\_\_\_\_, autorizo el intercambio de información entre \_\_\_\_\_ en Shine a Light Counseling Center con las siguientes personas:

_____	_____	_____
Nombre	Teléfono	Fax

_____	_____	_____
Nombre	Teléfono	Fax

Autorizo a la siguiente información a revelar: (Por favor marque todo lo que corresponda)

- \_\_\_\_\_ La verificación de las fechas de servicio
- \_\_\_\_\_ Las notas de psicoterapia
- \_\_\_\_\_ Los planes de tratamiento (incluyendo el diagnóstico, en su caso)
- \_\_\_\_\_ Permitir a hablar de mi tratamiento y objetivos
- \_\_\_\_\_ contrato de Seguridad
- \_\_\_\_\_ Otros ( \_\_\_\_\_ )
- \_\_\_\_\_ Otros (información requerida para recibir servicios bajo CHIPA, Beacon Health Strategies, California VoC, Headstart, etc)



Se requiere esta revelación de información y registros autorizados en el presente documento para la siguiente finalidad:

---

---

Esa información deberá limitarse a los siguientes tipos específicos de información:

---

---

**Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. También entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor si el cliente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Fecha

Copia al client