

Solicitud de Entrega de Documentos

Nombre del Cliente:

Fecha de Nacimiento:

Yo solicito que una copia de mis documentos sea enviada a:

Nombre de Persona o Agencia (incluyendo Título/Posición)

Relación de la Persona al Cliente

Dirección y Reléfono de la Persona o Agencia

Yo solicito que mis documentos sean limitados a la siguiente información específicamente:

ponga sus iniciales en todos que se aplican

1. Todos mis documentos
2. Resumen de historia psicosocial y psiquiátrica
3. Solamente diagnóstico
4. Información médica incluyendo resultados de exámenes médicos
5. Resultados de evaluación psicológica
6. Evaluación educacional y reporte de comportamiento
7. Otro:

Propósito de solicitud:

- Personal Legal Médico Discapacidad
 Otro:

Yo entiendo que una vez que la entrega de documentos sea aprobada por la directora clínica, se me cobrará \$0.25 por cada página copiada. También entiendo que en caso de un volumen de documentos inusualmente grande, podrá tardar hasta 15 días para procesar el pedido completo.

X

_____ Fecha:

Cliente