



The Gronowski Center

5150 El Camino Real, Building C-15

Los Altos, CA 94022

Tel. (650) 961-9300 Fax: (650) 961-9310

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 teléfono de la persona o agencia

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

- 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.

(Firma del cliente)

(Fecha)