



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS EXPEDIENTES E INFORMACIÓN MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA DEL PACIENTE



Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparksandrecreation.com

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (PACIENTE) _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Yo, el que suscribe, autorizo por medio de la presente:

Nombre del Médico o Clínica _____

Nombre del distrito escolar, si el participante es menor de edad _____

que se liberen los expedientes y la información desarrollados en el transcurso del diagnóstico y tratamiento del paciente anteriormente nombrado, incluyendo los expedientes médicos y psiquiátricos, al Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Santa Barbara.

Esta revelación de expedientes y/o información médica se utilizará para evaluar la participación del paciente en la programación recreativa del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Santa Barbara y para determinar las condiciones, restricciones o adaptaciones necesarias, si es que alguna se justifique, para la participación del paciente.

Esta liberación tomará efecto de inmediato y permanecerá en efecto durante el tiempo que el paciente participe en el programa de recreación.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original. El suscrito tiene derecho de recibir una copia de esta autorización si solicita una copia.

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓ Firma _____ Nombre Completo (letra de molde) _____ Fecha _____