

United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc. dba Achieve Tampa Bay
2214 East Henry Avenue; Tampa, FL 33610
Phone -813-239-1179; Fax-813-237-3091

AUTORIZACION PARA SOLICITAR/REVELAR INFORMACION

United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc. dba Achieve Tampa Bay esta autorizada a:
____ Solicitar ____ Revelar o Copiar ____ Autorizar inspeccion de los expedientes de:

Nombre de Cliente

Para/Por _____
Nombre de Solicitante, Agencia, o Institucion Educativa

Direccion _____

Haga una marca de cotejo a los expedientes que aplica, el motivo para revelar informacion o autorizar inspeccion:

- Expedientes
- ____ Salud/Medico
 - ____ Pruebas de Laboratorio
 - ____ Examen Auditivo
 - ____ Examen Visual
 - ____ Evaluaciones Psicologicas
 - ____ Historial Psico-Social de la Familia
 - ____ Evaluaciones del Habla/Lenguaje
 - ____ Evaluaciones de Terapia Fisica
 - ____ Evaluaciones de Terapia Ocupacional
 - ____ Otro _____

Razon

PROVEER INFORMACION PARA
PROPOSITOS EVALUATIVOS

Esta autorizaci3n seguir3a v3alida por un a3o a partir de la fecha firmada o hasta que presente una revocaci3n escrita de esta autorizaci3n a la agencia.

Firma de Cliente o Representante Legal

Testigo

Fecha: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente: _____

Put the name of the consumer's physician on this form. Check receive, release or permit inspection at the top and check the records you want. Be sure to sign and date as the witness.