



MOSAIC THERAPY

Phone: (877) 691-7994

Email: info@mosaictherapy.org

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I (We) authorize **Mosaic Therapy** to release and disclose information from the clinical record of:

_____ (_____)
(Name of Client/Recipient of Mental Health Services) (Date of birth)

as needed and to allow such information to be inspected and copied by:

_____ at
(Name of Service Provider)

(Facility/Provider)

(Phone Number)

(Address)

Nature of information to be disclosed may include any/all medical, social, and/or mental health information necessary for treatment planning and case management for the purpose of treatment coordination.

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending notice to **Mosaic Therapy**. I understand that a revocation is not valid to the extent that Mosaic Therapy has acted in reliance on such authorization. This authorization is valid until _____.
(one year from date signed)

A copy of this release shall have the same force and effect as the original.

(Client Signature if 12 yrs. or older)

(Date)

(Parent/Guardian Signature)

(Date)

(Witness)

(Date)

NOTICE TO RECEIVING FACILITY/THERAPIST: You may not re-disclose any of this information unless the person who consented to this disclosure specifically consents to such re-disclosure.

I understand that there is a potential for re-disclosure of this information by the recipient and, if that occurs, the information may not be protected by federal law.



MOSAIC THERAPY

Teléfono: (877)691-7994 Correo Electrónico: info@mosaictherapy.org

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION

Yo (Nosotros) autorizo a **Mosaico Terapia** para liberar y revelar la información del historial clínico de:

_____ (_____)
(Nombre de Cliente/Destinatario de Servicios de Salud Mental) (Fecha de Nacimiento)

según sea necesario y permitir que dicha información ser inspeccionados y copiados por:

_____ a
(Nombre del Proveedor)

_____ (Número Teléfono)
(Centro/Proveedor)

(Dirección)

Naturaleza de la información a ser divulgada puede incluir cualquier/todo información medico, social y/o de la salud mental necesaria para la planificación del tratamiento y manejo de casos con el propósito de coordinación de tratamiento.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de aviso a la terapia de **Mosaico Terapia**. Entiendo que la revocación no es válida en la medida en que la **Mosaico Terapia** ha actuado al amparo de dicha autorización. Esta autorización es válida hasta _____.
(Un Año a Partir de la Fecha Firmado)

Una copia de esta versión tendrán la misma fuerza y efecto que el original.

(Firma del cliente si tiene 12 años o más) (Fecha)

(Firma del Padre/Tutor) (Fecha)

(Testigo) (Fecha)

AVISO A LA AGENCIA O TERAPISTA QUIEN RECIBE: Usted no puede volver a divulgar esta información a menos que la persona que consintió a esta divulgación específicamente presta su consentimiento para tal divulgación volver.

Entiendo que hay un potencial para la nueva divulgación de esta información por el destinatario y, si eso ocurre, es posible que la información no estar protegida por la ley federal.