RELEASE OF INFORMATION

(Consentimiento para Divulgar Información)

REQUIRED FOR CASE MANAGER & SCHOOL REFERRALS

Client: ____ **Birthdate:** ________________
(Nombre del Cliente) *(Fecha de Nacimiento)*

I authorize *(Autorizo)* ***Adapt Behavioral Services***

- Orange/Seminole/Lake: (407) 622-0444; fax (407) 699-0444; Maitland@Adapt-FL.com
- Volusia/Flagler/St. Johns/Duval: (386) 898-5003; fax (386) 675-6490; Ormond@Adapt-FL.com
- Osceola/Polk/Hillsborough/Pinellas: (407) 928-0444; fax (407) 518-0808; Kissimmee@Adapt-FL.com

to exchange confidential information concerning the above-named client with the following:
intercambiar información confidencial sobre el cliente mencionado anteriormente con lo siguiente)

Agency Name *(Agencia)*: ______________________ **Contact Person** *(Contacto)*: ______________________

Agency Address/City/State/Zip *(Dirección/Ciudad/Postal)*: ________________________________

Agency Phone *(Teléfono)*: __________ **Fax:** ______________ **Contact Email:** ____________________

I authorize *(Autorizo)*: *(at least one method of information release must be checked)*

☐Informal communication regarding all client information between both parties.
(Comunicación informal sobre toda la información del cliente entre ambas partes)

AND/OR *(Y/O)*

☐Copies of the following documents to be mailed/faxed to the agency listed above
(Copias de los siguientes documentos para enviar por correo o por fax a la agencia mencionada anteriormente)

☐Copies of the following documents to be mailed/faxed to Adapt Behavioral Services
(Copias de los siguientes documentos para enviar por correo o por fax a Adapt Behavioral Services)

☐Limited verbal communication (no copies) related only to the following records
(Comunicación verbal limitada (sin copias) relacionada solo con los siguientes registros)

Check which documents are authorized to be released *(* items are Adapt records)*

☐*Bio-Psychosocial Evaluation *(Bio-Psicosocial)*	☐*ABA Assessment/BIP *(Evaluación/BIP de ABA)*	☐TCM Assessment/Service Plan *(Avaluo/Plan de Servicios de TCM)*	☐Psychiatric Records *(Registros Psiquiátrico)*
☐*Licensed Evaluation *(Evaluacion con licencia)*	☐*ABA Reassessment *(Re-Evaluacón de ABA)*	☐TCM Service Plan Review *(Plan de Servicios Revisado de TCM)*	☐Medical Records *(Registros Médicos)*
☐*Treatment Plan/Reviews *(Plan de Tratamiento/Revisiones)*	☐*Progress Summary *(Resumen del Progreso)*	☐School Records *(Expediente Académico)*	☐Service Records *(Registros de Servicios)*
☐*Discharge Review *(Revisión de Alta)*	☐Other *(Otro)*: ______________________		

Purpose of Release: *(at least one purpose must be checked)*

☐Assessment *(Evaluacion)* ☐Treatment Coordination *(Coordinacion del Tratamiento)* ☐Notification of compliance with court-ordered treatment (e.g., DCF, DJJ) *(Notificación de cumplimiento con el tratamiento ordenado por el tribunal)*

☐Other *(Otro)*, specify: ____

- I understand that I may refuse to sign this Authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment from Adapt Behavioral Services. *(Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Adapt Behavioral Services.)*
- I understand that if I am court-ordered into treatment and refuse to allow Adapt Behavioral Services to share information with those responsible for monitoring my compliance with mandated treatment, this may result in negative consequences imposed by the court. *(Entiendo que si se me ordena un tratamiento judicial y me niego a permitir que Adapt Behavioral Services comparta información con los responsables de supervisar mi cumplimiento del tratamiento obligatorio, esto puede tener consecuencias negativas impuestas por el tribunal.)*
- I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, however I cannot revoke authorization for action that has already been taken. *(Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocar la autorización para una acción que ya se ha tomado)*
- A copy of this release shall be valid as the original. *(Una copia de este comunicado será válida como el original.)*

THIS CONSENT EXPIRES 1 YEAR FROM THE DATE SIGNED UNLESS OTHERWISE SPECIFIED.
(Este consentimiento expira 1 año a partir de la fecha de la firma)

Client/Guardian Signature: ______________________________ **Date:** ______________
(Firma del Cliente/Guardián Legal):

Guardian Name: ______________________________ **Relationship** ______________
(Nombre del Guardián Legal) *(Relación)*
(required if client is a minor-requerido si el cliente es menor de edad)