



Autorización para Divulgar o Intercambiar Información

Use este formulario solo si desea que MindShift se comunique con otra persona o profesional (por ejemplo, su médico o terapeuta). Firmarlo es voluntario y no es necesario para recibir servicios.

Nombre del cliente Fecha de nacimiento

Dirección del cliente

Autorizo a MindShift Hypnosis + Life Coaching a (marque todo lo que corresponda):

☐ Compartir información con ☐ Recibir información de ☐ Intercambiar información en ambos sentidos

Persona u organización

Teléfono

Dirección

Por medio de (marque todo lo que corresponda):

☐ Teléfono / verbalmente ☐ Por escrito ☐ Correo electrónico

Información que se puede compartir (sea tan específico como desee):

Propósito (por ejemplo, coordinar el apoyo para mis metas):

Esta autorización termina el (fecha o evento)

Sus derechos

- Puede cancelar esta autorización en cualquier momento avisándonos por escrito. La cancelación no afecta lo que se haya compartido antes de recibir su aviso.
- Puede pedir ver o copiar la información descrita en este formulario.
- No tiene que firmar este formulario para recibir servicios de hipnosis o coaching.
- Una vez que otras personas reciben la información compartida, es posible que MindShift ya no pueda protegerla.

Firma del cliente

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del padre/madre o tutor (si el cliente es menor de 18 años)

Nombre en letra de molde

Fecha