FIRSTAdvantage

Case #: _____

Client's Name: _____

Counselor's Name: _____

Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGAR INFORMACION CONFIDENCIAL

NOMBRE:_____

Por medio de este documento autorizo que un representante de **First Advantage** le entregue a:

_____

(Nombre del programa, orgaización, o persona a quien se le entregará la información)

_____

la siguiente información _____

(especifique qué información debe ser entregada)

_____

con el siguiente propósito:_____

_____

(Propósito o motifo por el cual es necesario revelar esta información)

Entiendo que mi expediente está protegido bajo la ley federal de protección de la Privacidad de Archivos de Alcoholismo y Abuso de Drogas de Empleados Civiles (42 CFR Paret 2) y para los empleados del gobierno federal, bajo el Acto de Privacidad de 1974. Entiendo que ninguna información sobre mi persona puede ser divulgada sin mi autorización escrita, a menos que los reglamentos indiquen lo contrario. También entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto si ya se han tomado acciones basadas en este consentimiento otorgado. Entiendo que aunque no retire mi consentimiento esta declaración de consentimiento vence automaticamente el: _____

_____

(Especifique la fecha o circunstancias bajo las cuales vencerá este consentimiento)

Firmado el día _____de _____ de _____.

Mes Año

Nombre del Cliente	**Firma del Cliente**
Nombre del Testigo/Afiliado de First Advantage	**Firma del Testigo**
Nombre del Padre/Madre/Apoderado Legal	**Firma del Padre/Madre/Apoderado Legal**
Relación con el Cliente mencionado anteriormente	