



INSTITUTE FOR
PRACTICAL LIFE

"your place for psychotherapy and wellness"

Practice Location: 24 North 3rd Avenue, Suite 100 C / Highland Park, NJ 08904
Tel:(732)610-5119 / Fax:(908)275-8073 / Mailing address: P.O.Box 23 / Edison, NJ 08818
contact@practicallife psychotherapy.org / www.practicallife psychotherapy.org

Autorización para obtención y uso de datos personales

FECHA:...../...../.....

Nombre y apellido del paciente:.....

Por medio del presente documento, autorizo a Institute for Practical Life a realizar tratamiento de la información personal entregada (entendido este como recolección, intercambio, actualización, procesamiento, reproducción, compilación, almacenamiento, uso, sistematización y organización de datos personales, todos ellos de forma parcial o total) especificada a continuación:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Pronóstico | <input type="checkbox"/> Historia social o familiar |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resumen de transición | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |
| <input type="checkbox"/> Resumen del tratamiento | <input type="checkbox"/> Respuesta al tratamiento | |

Para solicitar con el propósito de la coordinación de la atención o evaluación continua de:

Nombre:.....

Teléfono:.....

Dirección:.....

Email:.....

Autoriza la circulación y la transferencia de sus datos, sin limitación en cuanto al país de destino, únicamente cuando sea necesario para dar cumplimiento a lo establecido en el presente documento. Entiendo que esta directiva está sujeta a revocación en cualquier momento a petición escrita. De lo contrario, este consentimiento expirará tras la terminación de los servicios.

Para constancia de lo anterior, se firma el día:.....

Firma de los padres (en caso de ser necesario):.....

Firma del paciente:.....

Firma de testigo/clínico:.....