

Victor Loos, Ph.D.
Center for Family Consultation
2524 Nottingham Houston, TX 77005
Ph. (713) 526-4751 ~Fax (713) 526-4342

CONSENT TO RELEASE INFORMATION
(CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION)

I hereby authorize *Victor Loos, PhD* and
(*Por la presente autorizo a Victor Loos Ph.D. y a*)

Name (*Nombre*)

Company (*Compañía*)

Address (*Dirección*)

Phone (*Teléfono*)

Fax (*Fax*)

To release to each other, for the purpose of forming an appropriate treatment plan or coordination of services, any relevant information regarding professional services rendered to the following person (s)
(*Para liberar información uno a otro, con el propósito de formar un plan de tratamiento adecuado o la coordinación de los servicios, cualquier información pertinente relativa a los servicios profesionales prestados a la siguiente persona*)

Patient (*Paciente*)

All information which is released is to be treated professionally, with the same assurance of confidentiality which has been given directly to me.
(*Toda la información que se publica será tratada profesionalmente, con la misma garantía de confidencialidad que se me ha dado directamente a mí.*)

I understand that I may revoke this consent to release information in writing at any time.
(*Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento a liberar información por escrito en cualquier momento.*)

Signature of Patient/Parent/Guardian
(*Firma de Paciente/Padre/Guardian*)

Date (*Fecha*)