

Autorisation pour divulguer des notes de psychothérapie

Je soussigné(e) _____ autorise par la présente Stacey Laves-Khalifa, MEd, LPC, d'utiliser ou de divulguer l'information liée à mes notes de psychothérapie dans les conditions décrites ci-dessous :

L'objectif de ces divulgations serait pour la continuité du soin, le traitement, la supervision, les remboursements de paiement ou d'assurance, les soins de santé réguliers, l'avis et la communication avec la famille exigés par la loi, les activités de santé publique, d'imprévoyances regardant la santé, démarches juridiques et administratives, police, information de personne décédée, recherche, sécurité publique, fonctions spécialisées de gouvernement, compensation des accidents du travail, rendez-vous et changements, et transfert de propriété. *

Date de la Signature

Signature du Client ou Gardien

Relation au Client

* Oui Non (cerclez votre choix)

Je voudrais recevoir une copie (description plus détaillée de chaque forme de divulgation) de la déclaration des pratiques en matière de respect de la vie privée.