



## LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Como participante, representante autorizado o curador, doy mi consentimiento para revelar información protegida con el propósito de tratamiento y / o asistencia financiera.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Como participante, representante autorizado o curador, yo, en nombre del participante mencionado anteriormente, autorizo a K&Y Community Base Service Day Services a hacer lo siguiente:

### POR FAVOR MARQUE SU ELECCIÓN (S):

1. K&Y COMMUNITY BASE SERVICE **puede** divulgar la información del participante a médicos autorizados.
2. K&Y COMMUNITY BASE SERVICE **puede** divulgar la información del participante a proveedores autorizados para una posible asistencia financiera.

**Como Participante, Representante Autorizado  
o Conservador:**

**Firma:**

**Fecha:**