



## **Autorización Para Divulgar Información**

---

**Convengo y consiento por este medio para cualquier agencia que tenga información de una naturaleza médica, social, o psicologica referente a mi condición para divulgar esta información al Centro Para Visualmente Deteriorados (CVI). También convengo y consiento que CVI, por su parte, pueda divulgar información referente a mi de naturaleza médica, social, y/o psicologica que sea necesitada por otras agencias involucradas.**

**El material divulgado puede o no puede contener información relacionada con estado de enfermedad infecciosa.**

**Toda la información será utilizada solamente por personas profesionales con el fin de ayudar a mi rehabilitación.**

**Si no esté indicado, este permiso será valido por 12 meses desde la fecha al fin de este documento.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellidos** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo** \_\_\_\_\_