



1911 Cooks Hill Road · Centralia, WA 98531  
Phone: (360)-736-6778 · Fax: (360)-736-6552

**AUTORIZACIÓN MUTUA**

((AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA ATENCIÓN MÉDICA))

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, por la presente doy mi consentimiento para autorizar el intercambio mutuo de información por escrito o mediante comunicación verbal entre las siguientes personas:

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Profesora academica (mañana): \_\_\_\_\_

Profesora academica (mañana): \_\_\_\_\_

Profesora academica (tarde): \_\_\_\_\_

Profesora academica (tarde): \_\_\_\_\_

y Northwest Pediatric Center con el propósito de evaluación, tratamiento y seguimiento de la condición médica de mi hijo, que se me ha descrito como:

Trastorno por Déficit de Atención o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, también conocido como ADD o ADHD

Al firmar a continuación, autorizo el intercambio mutuo de información relacionada con las condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)

**LOS PACIENTES DE 13 AÑOS EN ADELANTE DEBEN FIRMAR**

Al firmar a continuación, autorizo el intercambio mutuo de información relacionada con las condiciones anteriores,

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (imprimir)