

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS  
INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN**

El día de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo la liberación de los siguientes registros y / o  
Un intercambio mutuo de información privilegiada.**

Registros médicos / de salud, Registros escolares, Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Nombre de la persona / Agencia
DE	Dirección
	Ciudad, Estado, Código Postal

	Persona / Agencia:	<b>CAROL LORIOUX LOUP, M.A., CCC-SLP / Clear Speech Inc</b>
PARA	Dirección:	<b>3602 EVERETT AVE.</b>
	Ciudad, Estado, Código Postal:	<b>EVERETT, WA 98201</b> 425/259-7285 Phone 425/259-6317 Fax

EXPLICACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS (SI ES APROPIADO):
--

**Entiendo que esta información será tratada de manera confidencial y  
no será transmitido a un tercero sin mi permiso expreso.**

Firmado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CAROL LORIOUX LOUP, M.A., CCC-SLP 3602  
EVERETT AVE. EVERETT, WA 98021  
TELÉFONO 425 / 259-7285**