


PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL HEALTH SERVICE DISTRICT DIVISION OF MENTAL HEALTH		UR: _____ SURNAME: _____ GIVEN NAMES: _____ DATE OF BIRTH: ___/___/___ MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> (Affix patient label here)
 Queensland Government Queensland Health	Transcultural Clinical Consultation Service, Old Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER Y DIVULGAR
INFORMACIÓN**

A QUIEN CORRESPONDA

Autorizo por el presente al personal clínico del Centro Transcultural de Salud Mental de Queensland a recibir información de otras agencias/personas apropiadas y a brindarles la información necesaria para mi evaluación y la planificación de mi tratamiento.

Excepciones (organización/ones y personas que usted no desea que el Servicio contacte):

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Consumidor: Fecha: ___/___/___

Nombre del Consumidor en letras de imprenta:

Firma del empleado/a: Fecha: ___/___/___

Cargo:

Nombre del empleado/a en letras de imprenta:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - SPANISH