



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE SECOND WIND FUND, INC.**

Yo, _____, por medio de la presente, autorizo a
Nombre del cliente (estudiante)

Nombre del especialista autorizado en derivaciones (Qualified Referral Source) (por ejemplo: consejero escolar, trabajador social, psicólogo) y al terapeuta profesional seleccionado por Second Wind Fund, Inc., a revelar información a Second Wind Fund (SWF) para fines administrativos y evaluación de este programa. Entiendo que el propósito de esta autorización es revelar información que sea relevante para mi tratamiento de salud mental. Además, entiendo que cualquier historial de tratamiento relacionado con mi tratamiento de salud mental es confidencial, de acuerdo con las leyes de Colorado, y que el privilegio legal prohíbe que la información confidencial de mi tratamiento sea divulgada sin mi consentimiento. Esta liberación de información vence un año después de la finalización o cancelación del tratamiento. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, enviando una carta a Second Wind Fund, Inc., al especialista autorizado en derivaciones (*por ejemplo: el Distrito Escolar*) y al terapeuta.

Firma del cliente/Fecha

Firma del padre/Fecha

(O del tutor legal con autorización para tomar decisiones)

Firma de la madre/Fecha

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, renuncio y exonero completamente de cualquier reclamo que pudiera tener, o que mi hijo, _____, pudiera tener en contra de Second Wind, Inc., de sus funcionarios y directores, empleados, agentes y miembros; en contra de la escuela a la que asiste el estudiante; la escuela de distrito y todos sus empleados, por cualquier negligencia, queja, lesión o daños de algún tipo. Esta exoneración y liberación se realiza a cambio de los servicios que serán pagados por Second Wind Fund. **Entiendo que Second Wind Fund no provee servicios, sino que los financia; y ningún empleado, funcionario o director de Second Wind Fund proveerá servicios ni tratamiento. Asimismo, entiendo que los profesionales especialistas en tratamiento que Second Wind Fund pueda derivar, son profesionales independientes y no empleados ni agentes de Second Wind Fund.**

Por la presente se me informa que debo poner en un lugar seguro todos los medios evidentes para cometer suicidio, tales como armas de fuego, municiones, medicamentos recetados y de venta libre.

Hago esta exoneración de responsabilidad libre y voluntariamente; además, reconozco haberla leído y entendido.

Firma del cliente (joven)/Fecha

Firma del padre/Fecha

(O del tutor legal con autorización para tomar decisiones)

Firma de la madre/Fecha

** Después de haberse firmado el presente formulario de exoneración de responsabilidad de SWF, guarde una copia firmada en el expediente confidencial de la escuela asignado al estudiante, y proporcione dos copias a la familia; una de estas se debe entregar al terapeuta de SWF en la primera sesión.*