

## Consentimiento Streusand

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Consentimiento para Evaluación / Tratamiento

Autorizo la evaluación / tratamiento psiquiátrico por William C. Streusand, MD.

Otorgó a Willian C. Streusand, MD, el permiso para usar y divulgar mi Información de salud protegida (PHI) a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (por ejemplo, padre, cónyuge)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente,  
padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

(cuando requerido)

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha