



Programa de Visitas Familiares Consentimiento para Compartir Información

Yo autorizo al PVF para compartir información relativa a mi caso, incluyendo la participación en los servicios, cancelaciones, información de cómo contactarme, historia del caso y notas de observaciones con las personas o agencias de la siguiente lista.

Por favor considere que: los registros pedidos por la corte o requeridos por el Departamento de Servicios Sociales con una investigación abierta serán compartidos o entregados en su conjunto con o sin su consentimiento.

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Firma del Padre: _____ Fecha: _____
(N. French Broad Ave. Padre/Madre Carter St. Padre/Madre)

Firma del Personal del PVF: _____ Fecha: _____

Programa de Visitas Familiares
Consentimiento para Compartir Información, continuación...

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Nombre:			
Dirección:		Relación :	
		Teléfono :	
Notas:		Fax :	

Firma del Padre: _____ Fecha: _____
 N. French Broad Ave. Padre/Madre Carter St. Padre/Madre)

Firma del Personal del PVF: _____ Fecha: _____