



Informed Consent: Release of Confidential Information
Consentimiento Profesional: Todos los Servicios

I authorize DiscoverAbility Inc. to obtain, review, and disseminate medical, vocational, educational, and other related records with professionals and employers involved in my vocational rehabilitation process. I also agree to allow DiscoverAbility to discuss my vocational plan, including my disability and disability related issues, with prospective employers if necessary.

I agree that a photocopy of this authorization be accepted if necessary.

Autorizo a DiscoverAbility, Inc. para obtener, revisar y difundir a médicos, profesionales y otros registros relacionados con los profesionales y los empleadores que participan en mi rehabilitación vocacional. También estoy de acuerdo permitir que DiscoverAbility puedan discutir mi plan profesional, incluyendo mi invalidez y discapacidad relacionados con, con posibles empleadores si es necesario.

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será aceptada si es necesario.

Signature:
Firma:

Date:
Fecha:

Parent/Guardian Signature:
Padre /Tutor Firma:

Date
Fecha:

MAIN OFFICE LOCATION:
1027 Sligh Blvd. Orlando, FL 32806
Web: discoverability.org Phone: 407-894-5051 Fax: 407-894-5490

ADDITIONAL LOCATIONS:
Kissimmee • Sanford • Tavares • Winter Park • Melbourne • Cocoa • Winter Garden