



Request For Client Record

Date: _____

Client DOB: _____

Name of Person Requesting Client Records: _____

Reason/Purpose of Request: _____

Information Requested:

Assessment Summary

Medication History/Current Medications

Diagnosis

Treatment Plan

Summary of Treatment

Print Name: _____ Signature: _____

Date: _____ Give Information to: Client Case Manager

Documents Received: _____

Solicitud De Registro De Cliente

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

Nombre De La Persona Que Solicito Los Registros: _____

Motivo de Solicitud: _____

Information Solicitada:

Resumen de la evaluacion

Historia de Medicacion

Diagnostico

Plan de Tratamiento

Resumen del Tratamiento

Apunta Tu Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Dar informacion para: Client Case Manager

Documentos recibidos: _____