



PACT
Parent & Child Together
for West Central Illinois

300 S. Capitol, P.O. Box 231
Mount Sterling, Illinois 62353
Phone: 217-773-3903
FAX: 217-773-3906

Autorización para la Divulgación de Información: Servicios de Discapacidades/Salud Mental

(CFC, EC, School, Therapists, Co-op, etc. clinic, medical provider, hospital, **and address**)

Es por este medio autorizado

A divulgar a PACT toda la información pertinente y archivos para el propósito de crear un plan y coordinar servicios para mi hijo/a:

Nombre del menor	Fecha de Nacimiento
Dirección de calle / Ruta Rural /Cr /Box #	Ciudad, Estado y Código Postal

Información Específicamente Requerida:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia del IFSP/IEP | <input type="checkbox"/> Informe de audiología (si está disponible) |
| <input type="checkbox"/> Informe de Determinación de Elegibilidad (si está disponible) | <input type="checkbox"/> Visión y Audición resultados (si está disponible) |
| <input type="checkbox"/> Estudio completo del caso (si está disponible) | <input type="checkbox"/> Reporte de Habla y Lenguaje (si está disponible) |
| <input type="checkbox"/> Estudio de Desarrollo Social (si está disponible) | <input type="checkbox"/> Informes Psicológicos (si está disponible) |
| <input type="checkbox"/> Informes de pruebas recientes y / o diagnóstico, y / o impresiones y recomendaciones del proveedor o médico. | |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | |

- Doy permiso a PACT a divulgar información con el propósito indicado anteriormente durante el período de servicios para mi hijo.
- Entiendo que esto permite mantener una conversación bidireccional entre el proveedor (res) y el personal de PACT cuanto al establecimiento de la planificación de la educación y metas para mi hijo, etc.
- Este comunicado está vigente durante 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito por el firmante. Sin embargo, la revocación de este comunicado no tendrá efecto sobre las acciones adoptadas por los proveedores a los que el comunicado fue enviado antes de la revocación.
- Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por el organismo que la recibe y no está protegida por las normas federales de privacidad. Sin embargo, el PACT NO vuelve a revelar información a menos que se solicite una autorización escrita y firmada por el padre (s).
- Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a los servicios de mi hijo o mi elegibilidad para los beneficios del proveedor (que se enumeran más arriba) o de la liberación de información.

Firma: _____ Fecha: _____
Parent or Guardian Name (If for a foster child, this must be signed by a DCFS Guardian)

HS Staff: Mail completed release to Disabilities/Mental Health Services Coord. at Central Office. Do not send to provider.