

Autorización para revelar información Medica Promisoria

PACT for West Central IL, Central Office 2090 HWY 24 Camp Point, IL. 62320 (217-773-3903, fax # 217-773-3906)

Yo padre/guardián del niño mencionado, por la presente autorizo al proveedor de salud a divulgar la información específica de salud de mi hijo/a para PACT del Oeste Central de Illinois con el propósito de mantener los registros de salud y planificación y ayudar con cualquier seguimiento tratamiento necesario

Nombre del Niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ CB/Area # ____

Nombre de Padre/Guardián _____

Dirección de domicilio _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Información que será revelada de parte:

Proveedor de Salud

_____ Dirección de oficina

_____ Ciudad, Estado, Código Postal

_____ Teléfono # _____ Fax # _____

Revelar la siguiente información marcada x Un formulario será adjuntado por favor de utilizar si es necesario

- Examen médico más reciente (usando la forma del departamento de salud IDPH)**
- Cheque de bebé más reciente - Revisión de sistemas y dictado (edad ____ meses.)**
- Cheque de bebé más reciente - (usando el formulario IDPH examen médico) (edad ____ meses.)**
- 12meses resultados nivel de plomo** **24 meses resultados de nivel de plomo**
- Resultado de prueba de tuberculosis o firma de doctor si resultado no es disponible**
- Record de vacunas**
- Resultados de Hematocrito o hemoglobina**
- Examen Dental/Tratamiento**
- Examen de Audición**
- Examen de Visión**
- Otro: _____**

Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito. Sin embargo, la revocación de esta versión no tendrá efecto sobre las acciones adoptadas por los proveedores a los que la revelación fue enviada antes de la revocación

Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la organización que la recibió y no está protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, PACT no volverá a revelar información a menos que se solicite y este autorizada en escrito por el padre. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negatividad no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o mi elegibilidad para los beneficios del proveedor de la liberación de la información (mencionados anteriormente). Entiendo que esta autorización es válido por un año desde la fecha de la firma, o hasta que yo lo revoque por escrito a la agencia de la divulgación.

_____ (Firma de Padre o Agente autorizado)

_____ (Fecha)

(Por favor mande petición a la dirección indicada:

**PACT for West Central Illinois
2090 HWY 24
Camp Point, Illinois 62320
FAX # 217-773-3906**