

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR PLAN MEDICO

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 el presente autorizo al proveedor de salud a divulgar la información específica de la salud medica de mi hijo a PACT del Oeste Central de Illinois con el propósito de tratar los problemas médicos de mi hijo/a , mientras que se encuentre en el salón de **PACT**

- Plan de acción de Asthma**
- Plan de emergencia** _____
- Información de nutrición** _____

Mi hijo asiste a clases _____ días de la semana, de (hora) _____ a (hora) _____.
Mi hijo es transportado en el autobús de la escuela a la casa. Sí No

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre del Padre/Guardián: _____
Dirección de Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información que se revelara:

Proveedor de Salud: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono # _____ Fax # _____

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) .I 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.

(Parent or DCFS Authorized Agent Signature) _____
(Date)

Envíe este formulario lo más pronto posible a esta dirección:

Send requested information to:
PACT for West Central Illinois
2090 HWY 24
Camp Point, Illinois 62320
FAX # 217-773-3906

(The child will not be able to attend class until the plan and any needed medication is on file at our center)

This release is filled out with parent by Family Advocate during Intake Visit. Forward completed form to Site Supervisor for mailing to provider. If the child is in foster care, forward to the Authorized Agent for the signature.