

Prensa de información medica promisoría

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

Audición / ENT Informe

Vision

Nombre Del Nino _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre del Padre o Guardián _____

Dirección de Domicilio _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Información que se entregará:

Proveedor de Salud _____

Dirección _____

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.

(Padre/Guardián o Agente autorizado de DCFS)

(Fecha)

FA or HBT mail to provider

Physician, please complete and sign the information below and return this form to: PACT for West Central Illinois, 2090 HWY 24, Camp Point, Illinois 62320. Phone 217-773-3903 Fax 217-773-3906

Date last seen in your office _____ **Results** _____

Date of latest Hearing test _____ **Results** _____

Is further treatment needed? Yes No **If yes, date due for return visit** _____

State progress of condition and list any things PACT could do to assist: _____

Signature _____ **date** _____