

Servicio Social Prenatal Divulgación de Información para el Departamento de Salud
PACT for West Central IL, Central Office 2090 HWY 24, Camp Point, IL 62320 (217-773-3903, fax # 217-773-3906)

Nombre de Madre Embarazada _____ **Fecha de Nacimiento** ___/___/___ **Área#** ___
Día de espera del Nacimiento del Bebe ___/___/___
Dirección de Domicilio _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono _____

Por la presente autorizo Padres e Hijos unidos (PACT) por el Oeste Central de Illinois que divulgue / reciba la siguiente información confidencial con respecto a la persona mencionada arriba a / de:

Departamento de Salud _____
Dirección de Calle _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Phone # _____ **Fax #** _____

Con el propósito de: Informar al Departamento de Salud nombrado que una Mamá Embarazada de PACT se ha inscrito en nuestro programa y necesitará una Visita al Hogar Postparto dentro de las 2 semanas del parto. Esta autorización también se puede usar para establecer tal visita después de que la madre haya dado luz.

Entiendo que puedo revocar esta autorización dando un aviso por escrito. Sin embargo, entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas por el proveedor antes de revocarlo.

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a la re-divulgación por la agencia que la recibe y ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, PACT no re-divulga información a menos que una autorización escrita lo solicite.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi oposición a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios de la información de divulgación del proveedor (anteriormente mencionados).

Entiendo que esta autorización es válida un año desde la fecha de la firma, o hasta que la revoca por escrito a la agencia que publica información

Expected Delivery Date ___/___/___

Firma de Madre Embarazada: _____ **Fecha** _____