

Nombre del Niño(a): _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Número DSCC) (Fecha de nacimiento)

Padre/Tutor Que Está Aplicando: _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Otro Padre/Tutor: _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Por la presente, yo autorizo a UIC-Cuidado Especializado para Niños a revelar a/obtener de:

Nombre de Agencia/Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Descripción específica de la información que puede ser utilizada/divulgada:

- Reportes Médicos/Clínicos Información de servicios sociales
 Reportes Habla/language/audiólogo Otro: _____
 Terapia Ocupacional/Terapia Física

Nota: Información que no figuran específicamente arriba no será compartida.

Esta información será utilizada/divulgada con los siguientes propósitos:

- a. Coordinación de Cuidado/Administración de Caso c. La determinación de pago por Cuidado Especializado
b. Establecer elegibilidad médica d. Otro _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho a negar la firma para esta autorización. A menos que la ley lo permita, mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o recibir pago, pero puede afectar mi elegibilidad para los beneficios. Tengo derecho de inspeccionar y solicitar una copia de la información compartida. Entiendo que mi rechazo al consentimiento para divulgar información o la revocación de dicho consentimiento tendrá las siguientes consecuencias, en su caso: incapacidad o dificultad para proporcionar y / o pagar por la atención médica

Yo autorizo a UIC-Cuidado Especializado para Niños a divulgar/compartir nuevamente la información confidencial, como se indica:

- SIDA/VIH Abuso de Alcohol/drogas Salud Intelectual/Conducta Información Genética
 Abuso Sexual Abuso Infantil Discapacidades del Desarrollo

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a menos que UIC-Cuidado Especializado para Niños ya estuviese actuando basado a este aviso.

Entiendo que la información que yo autorizo a una persona o entidad a recibir puede ser revelada y ya no este protegida bajo las regulaciones federales referente a la privacidad.

Esta autorización vencerá en la fecha siguiente: _____

Firma: _____
Niño/Padre/Tutor que brinda Autorización Fecha Parentesco con el Niño

Estamos obligados a responder a esta solicitud en un periodo de (30) días después de recibir la solicitud.

AVISO PARA LA AGENCIA/PERSONA RECEPTORA: Bajo las disposiciones de la Ley de Confidencialidad para la Salud y Discapacidades del Desarrollo de Illinois, no puede revelar información protegida por la ley a menos de que la persona que accedió a esta comunicación específicamente preste su consentimiento para tal divulgación.

ENVIAR INFORMACIÓN A:

UIC-SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN