



Nombre del niño/la niña: _____ (Apellido) (Nombre) (2do. Nombre) (Número de DSCC) (Fecha de Nacimiento)

(Apellido) (Primer Nombre) (2do. Nombre) (Padre/Madre/Tutor/Legal) (Apellido) (Primer Nombre) (2do. Nombre)

Doy autorización la Junta Directiva de la Universidad de Illinois, División de Cuidados Especializados para Niños (DSCC) para que dé u obtenga la siguiente información a/de:

Agencia/Nombre del Proveedor _____

Dirección (Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Información Especifica que será revelada

- Revelar Obtener
1. [] [] Reportes médicos/clínicos
2. [] [] Plan de Servicios Individualizado
3. [] [] Reportes, del habla/lenguaje/la audición
4. [] [] Reportes P.T./O.T.

Información Especifica que será revelada

- Revelar Obtener
5. [] [] Información del servicio social
6. [] [] Reportes escolares
7. [] [] Estado de elegibilidad económica (financiera)
8. [] [] Otros

No será revelada (liberada) ninguna información que no esté específicamente enumerada (mencionada) más arriba.

Se necesita esta información para el/los propósito(s) siguiente(s):

- a. [] Coordinación del cuidado/Administración del caso
b. [] Establecer elegibilidad médica
c. [] Determinación del pago de DSCC por el cuidado
d. []

Este consentimiento de revelación es válido hasta _____. Yo entiendo que yo puedo cancelar (retirar) este consentimiento en cualquier momento por aviso escrito, a menos que DSCC haya actuado ya, basándose en este permiso. Es mi completo entendimiento / conocimiento que los records o reportes médicos y/o información referente a tratamientos y/u hospitalizaciones pueden contener información relativa a la salud mental, impedimentos (incapacidades) del desarrollo, abuso de sustancias alcohólicas y/o drogas y resultados de análisis u otra información relacionada con el síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA) (AIDS/HIV). Yo consiento completamente a la revelación (liberación) de esta información de mi puño y letra, con la firma de esta autorización, con las siguientes excepciones, por favor, haga lista

Si no se enumera ninguna excepción, la información será revelada conforme a lo expuesto más arriba.

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que será revelada. Yo entiendo también que si me niego a consentir a la revelación, o si yo retiro el consentimiento, ello tendrá las siguientes consecuencias, si alguna:

Firma del Padre/la Madre/del Tutor Legal Fecha Firma del Niño/la Niña Fecha Firma del Testigo Fecha

AVISO A LA PERSONA/AGENCIA RECIBIDORA: Bajo lo provisto por la Ley de Confidencialidad de Illinois sobre la Salud Mental e Incapacidades del Desarrollo, usted no puede revelar de nuevo ninguna información amparada bajo esa Ley, a menos que la persona que dió consentimiento a esta revelación consienta específicamente a esta nueva revelación.

ENVÍE INFORMACIÓN A: