

Departamento De Salud Del Condado De Will Autorización De Divulgación de Información de Inmunizaciones

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tambien conocido como (alias) _____ autoriza a:

El Departamento De Salud Del Condado De Will, 501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433

Para entregar información de inmunizaciones a: (por favor ponga nombre de persona/facilidad/dirección en el espacio abajo)

con el proposito de Continuidad de cuidado Nombre del doctor: _____

Otra: _____

("A petición personal" es todo lo que se necesita si la persona no quiere señalar un propósito específico. Yo tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información suministrada. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si el WCHD la necesita. Este consentimiento puede ser · revocado por mi en cualquier tiempo, por escrito, a menos que la acción haya sido tomada.

Yo autorizo que den información sobre inmunizaciones por maquina fax..

Firma _____ Fecha _____ Relationship _____

Testigo _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Identificación será pedida para asegurar identidad.

Esta autorización expira _____ a menos que.Yo lo revoque enviando una nota por escrito al Departamento de Salud del Condado de Will.Una fotocopia o exacta reproducción de esta autorización firmada debe tener la misma fuerza y efectividad de la original. Si yo me niego a firmar esta autorización, mis expedientes e información desalud no sera liberado, excepto por lo proveido por la ley. Yo entiendo que el WCHD no puede determinar beneficios, tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad con mi firma a menos que yo reciba cuidado de salud solamente con el propósito de crear información de salud protegida de ser brindada a terceras partes u de otro modo autorizado por la ley. Yo entiendo que la información brindada pertinente a esta autorización puede estar sujeta a redistribución por el receptor y no estar protegida, en ese caso.

Aviso a la Persona/Agencia/que recibe la información: Bajo la Provision aplicable a la Acta de Confidencialidad de Salud Mental de Illinois e Incapacidades del Desarrollo (740 ILCS 1110/1 et. Seq.), Uds. no pueden redistribuir cualquier información recibida a menos que la persona que lo consintió lo requiera en forma escrita y especifique tal consentimiento..