



Divulgación de información
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
FY 21-22

BOARD OF COMMISSIONERS

Michael A. Corrigan
President

Shawnte Raines
Vice President

Michelle De La Rosa
Secretary

Cedric Giles
Treasurer

Nicole Gilhooley
Commissioner

Angela D. Walker
Commissioner

Orlando Velasquez
Commissioner

EXECUTIVE DIRECTOR

Jesse D. Rosas

COMMISSION ATTORNEY

Del Galdo Law Group, LLC

Yo, _____ (**Nombre del individuo**)
autorizo a _____ (**Inserte la Agencia**) para compartir
información con la Comisión de Salud Mental sobre los servicios prestados durante mi
cuidado para fines de auditoría, así como para resolver la cobertura de reclamos. Toda la
información recogida se seguirá protegiendo por todas las leyes de privacidad federales y
estatales aplicables a la vida de esta autorización.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de mi / firma de mi representante abajo y
deberá expirar el 30 de junio de 2022.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización proporcionando una notificación
por escrito a _____ (**Inserte la Agencia**) y entiendo
que tengo derecho a tener una copia de esta autorización.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre del individuo: _____

Firma del individuo: _____

Fecha: _____

En su caso, los representantes legales firman a continuación:

*Al firmar este documento, declaro que soy el representante legal de la persona expuesta
anteriormente y proporcionare una prueba por escrito (por ejemplo, poder notarial,
testamento vital, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar
en nombre de la persona con respecto a esta forma de autorización.*

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

Fecha: _____

Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____

4565 W. Harrison Street
Third Floor
Hillside, IL 60162

708.449.5508
ptmhc.org