



**Divulgación de información
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
FY 24-25**

BOARD OF COMMISSIONERS

Michael A. Corrigan
President

Angela D. Walker
Vice President

Orlando Velasquez
Secretary

Nicole Gilhooley
Treasurer

Michelle De La Rosa
Commissioner

Thomas D. Olson
Commissioner

Candace O. Jordan
Commissioner

EXECUTIVE DIRECTOR

Jesse D. Rosas

COMMISSION ATTORNEY

Del Galdo Law Group, LLC

Yo, _____ (Nombre del individuo) autorizo a _____ para compartir información con el (inserte la agencia) para compartir información con la condición de municipio de la Comisión de Salud Mental de los servicios prestados durante mi cuidado para fines de auditoría, así como para resolver la cobertura de reclamación. Además, la información puede ser compartida con la red de atención para ayudar a identificar nuevos servicios que han sido reconocidos según sea necesario. Ponga sus iniciales si no está interesado en la Red de Atención Entiendo que cualquier información personal de salud, u otra información dada a conocer a la Red de Atención pueden ser objeto de una nueva divulgación con el único propósito de la atención coordinada. 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 de abajo y deberá expirar el 30 de Junio de 2025.

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 únicamente a proporcionar la prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testamento vital, documentos de tutela, etc.) 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