



BOARD OF COMMISSIONERS

Michael A. Corrigan
President

Nicole Gilhooley
Vice President

Michelle De La Rosa
Secretary

John Walsh
Treasurer

Angela D. Walker
Commissioner

Nicole Keefer
Commissioner

Jeanette Harris
Commissioner

EXECUTIVE DIRECTOR
Joseph V. Vasilevski

COMMISSION ATTORNEY
Del Galdo Law Group, LLC

4565 W. Harrison Street
3rd Floor
Hillside, IL 60162

708.449.5508
ptmhc.org

Divulgación de información
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
FY 26-27

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 infor-
mación 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 in-
formación 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 2027.

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 ex-
puesta anteriormente y únicamente a proporcionar la prueba escrita (por ejemplo, po-
der notarial, testamento vital, documentos de tutela, etc.) que estoy legalmente auto-
rizado 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: _____