



# Pillars Community Health

Healing. Caring. Educating.

**Administrative Office: 5220 East Avenue  
Countryside, IL 60525**

**708-745-5277**

## Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Yo, \_\_\_\_\_ (cliente), con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_,

autorizo a Pillars Community Health a divulgar a y a obtener de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección de la persona o puesto de la persona u organización)

la siguiente información:

Descripción de la Información que será remitida **(el cliente deberá escribir sus iniciales junto a cada artículo que corresponda)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial   | <input type="checkbox"/> Información médica/de enfermera           |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico  | <input type="checkbox"/> Reportes de Toxicología/Pruebas de Drogas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial                                     | <input type="checkbox"/> Información de Educación                  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica                                     | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta/Traslado                  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                                    | <input type="checkbox"/> Plan de Continuación de Cuidado           |
| <input type="checkbox"/> Resumen o Plan de Tratamiento                              | <input type="checkbox"/> Avances en el Tratamiento                 |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento Actual                                 | <input type="checkbox"/> Información demográfica                   |
| <input type="checkbox"/> Información pertinente a la administración de medicamentos | <input type="checkbox"/> Otro _____                                |
| <input type="checkbox"/> Asistencia/Participación en el Tratamiento                 | <input type="checkbox"/> Otro _____                                |

**Propósito:** El propósito de la divulgación de información es el de mejorar la evaluación y la planeación del tratamiento, compartir información relevante al tratamiento y cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Si existe otro propósito, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito y en cualquier momento, remitiendo una notificación por escrito a *Keeper of Records* de Pillars Community Health. También entiendo que la revocación de la autorización únicamente entra en vigor al momento de recibirse y no incluye información que haya sido divulgada legalmente con anterioridad al revocamiento.

**Vencimiento:** A menos que la autorización sea revocada con anterioridad, esta autorización se vence en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_  
o si se indica lo contrario: \_\_\_\_\_

**Si no se establece una fecha calendarizada, la información únicamente podrá ser divulgada el día en que se reciba la autorización.**

**Condiciones:** También entiendo que la autorización para divulgar información o la falta de ella, no puede ser requerida por Pillars como condición de mi tratamiento. Sin embargo, se me ha explicado que si me rehúso a firmar esta autorización pudieran haber las siguientes consecuencias: \_\_\_\_\_

Modo de Divulgación: a menos que usted haya solicitado por escrito un formato específico para la divulgación, nos reservamos el derecho de divulgar la información que esta autorización nos permite, del modo que nosotros determinemos sea el mas apropiado y consistente con la ley que aplica, incluyendo, pero no limitado a divulgación verbal, por escrito o electrónicamente.

Divulgación Nueva: La ley estatal y federal prohíbe a la persona u organización a quien se le haya divulgado la información el derecho de divulgar tal información a terceros, a menos que exista una nueva autorización por escrito de la persona a quien se refiere la información o de acuerdo con lo permitido en 42 C.F.R. Part 2 o *The Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act* (740 ILCS 110/1 et. Seq.).

Entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que se divulgue. Se me entregará una copia de la autorización para mis archivos personales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (12 años o mayor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted está firmando como representante personal de un individuo, por favor describa la autorización que tiene para actuar a nombre de este individuo (carta poder, healthcare surrogate, etc.)

\_\_\_\_\_ Indique aquí si el cliente se rehúsa a firmar la autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal que Atestigua la Identificación y Autoridad

\_\_\_\_\_  
Fecha

**REVOCACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ (cliente), revoco mi autorización para la divulgación de Información confidencial.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (12 años o mayor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor legal o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal que atestigua identidad/autoridad del firmante

\_\_\_\_\_  
Fecha