



**PROVISIO**  
*Township Mental Health Commission*

4565 WEST HARRISON STREET • 3<sup>rd</sup> FLOOR • HILLSIDE, ILLINOIS 60162 • PHONE 708/449.5508 • FAX 708/449.6421

Divulgación de información  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN  
FY 18-19

**BOARD OF  
COMMISSIONERS**

MICHAEL A. CORRIGAN  
PRESIDENT

SHAWNTE RAINES  
VICE PRESIDENT

MICHELE DE LA ROSA  
SECRETARY

ERIC R. SAWCHUK  
TREASURER

CHLOE G. PEDERSEN  
COMMISSIONER

ORLANDO VELASQUEZ  
COMMISSIONER

ANGELA D. WALKER  
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 expirará el  
(introduzca la fecha que expira la autorización) \_\_\_\_\_ o la fecha de mi cobertura termina  
con \_\_\_\_\_ (inserte la agencia).

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante una notificación por escrito a  
\_\_\_\_\_ (inserte agencia) y entiendo que tengo el derecho de 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  
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: \_\_\_\_\_

DEDICATED TO THE SPECIAL NEEDS OF OUR COMMUNITY