

Autorización para divulgación de Información sobre la Salud Médica de la Persona Detenida

Esta autorización no puede ser usada para obtener información sobre la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias (use formulario DOC 0240)

El Departamento de Correcciones no condicionará el tratamiento con ésta autorización. Si se autoriza el otorgamiento a personas u organizaciones que no son de planes de salud, proveedores de servicios de salud o centros de transacciones o compensaciones relacionadas a servicios médicos sujetos a leyes federales de privacidad de la información médica, ellos podrían otorgar a otros/terceros la Información médica de salud protegida. Sin embargo, información relacionada a exámenes genéticos o de SIDA HIV/AIDS otorgada en base a ésta autorización no pueden ser otorgados a otros (terceros) excepto de conformidad con ésta autorización.

Yo por la presente autorizo _____ otorgar la siguiente información:
(Información específica al estado de salud médica a ser otorgada incluyendo fecha(s) o rango de fechas)

A solicitud de la persona detenida y/o: _____
Propósito de otorgamiento de la información
de los archivos de _____
ID# Nombre de la persona detenida en letra de imprenta

A: Uno mismo Abogado Autorizado Institución Médica Otro: _____

Nombre: _____
Nombre en letra de imprenta

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Yo, por la presente libero y exonero al Estado de Illinois, al Departamento de Correcciones y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pudiera ocurrir como consecuencia del otorgamiento o difusión de los archivos o información contenida en los mismos como resultado del acceso permitido al abogado autorizado, Institución de Servicios Médicos, otra persona especificada, o a mí mismo(a). Entiendo que tengo derecho a revocar ésta autorización en cualquier momento previo al otorgamiento, avisando por escrito (Ante la presencia como testigo de alguien que conoce mi identidad) al Oficial de Privacidad de la Institución Correccional.

Expiración: Esta autorización expirará (complete una):

- 45 días desde la fecha de firma (_____)
- En cuanto ocurra el siguiente hecho (debe relacionarse al individuo o propósito de la autorización):

Firma:

Firma de la Persona Detenida o Persona Autorizada Tipo de Relación Fecha

Si IDOC solicitó el otorgamiento de información dé una copia al Persona Detenida/Give Individual in Custody a copy if DOC made the request for release