Kenneth Young Center

Together We Thrive.

Notificación Escrita de Revocación de la Autorización para la Divulgación de Información Médica

Revisado 1/26

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente, revoco:

☐ El consentimiento por escrito previamente firmado por mí el _____ (fecha), O

☐ Todos y cada uno de los consentimientos por escrito previamente firmados por mí.

Esta revocación se aplica a cualquier información de salud mental, trastornos por consumo de sustancias (42 CFR Parte 2), VIH/SIDA u otra información de salud protegida que previamente haya sido autorizada para su divulgación por Kenneth Young Center.

Destinatario(s) de los registros cuya autorización se revoca

Por la presente, ya no autorizo la divulgación de información a:

_____
_____
_____
_____

(Persona, agencia o programa a quienes no se deben divulgar los registros)

Entiendo y reconozco que:

- Esta revocación no se aplica a las divulgaciones ya realizadas en base a mis autorizaciones previas.
- Para los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, 42 CFR Parte 2 prohíbe la redistribución no autorizada de los registros una vez divulgados.
- Ciertas divulgaciones de información de salud aún pueden ser requeridas por ley a pesar de esta revocación.
- Los registros que ya hayan sido divulgados mediante una autorización válida no pueden recuperarse ni retirarse.
- La revocación entra en vigor una vez que Kenneth Young Center la recibe.
- Kenneth Young Center, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de responsabilidad por las divulgaciones realizadas de buena fe antes de recibir esta revocación.

Reconocimiento

Firma del cliente (Requerida para clientes de 12 a 17 años, además de la firma del padre, madre o tutor):

_____(Nombre en letra de molde)

_____ (Firma) Fecha: _____ / _____ / _____

Kenneth Young Center

Together We Thrive.

Firma del padre, representante autorizado o tutor legal (si corresponde):

_____(Nombre en letra de molde)

_____ (Firma) Fecha: _____ / _____ / _____

Fecha de Vigencia (si es diferente a la fecha de hoy): _____

Enviar a:
1001 Rohlwing Road, Elk Grove Village, IL 60007 o
Fax: (847) 585-0124
Atención: Registros Médicos