



Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Revocación de la  
Autorización para Divulgar  
Información**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente revoco la autorización firmada por mí el

\_\_\_\_\_, y presentada al Departamento de Salud del Condado de DuPage permitiendo al

Departamento de Salud del Condado de DuPage divulgar/compartir información de atención de salud con:

\_\_\_\_\_  
Organización/Proveedor/Persona

Entiendo que esta solicitud no se aplica a ninguna divulgación que:

- Ya se realizó cuando existía la autorización para divulgar información;
- Se realizó para los fines permitidos por HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) y la Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo de Salud Mental de Illinois; o
- Se realizó según lo exigido por la ley.

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha procesada por expedientes médicos: \_\_\_\_\_