

## McHenry County Department of Health – Dental Clinic

I hereby authorize McHenry County Department of Health – Dental Clinic operated by the McHenry County Department of Health to release the information specified below to the organization, agency or individual named on this request.

Persons authorized to receive the information (Identification is required for pick up requests)

Name of person or institution \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City / State / Zip \_\_\_\_\_

Patient Name and DOB: \_\_\_\_\_

Information to be released:

Entire Chart \_\_\_\_\_ X-rays only \_\_\_\_\_

(including information from other healthcare providers that it may contain)

X-rays can be emailed or records to be faxed to: \_\_\_\_\_

I understand that I may revoke this authorization by notifying the McHenry County Department of Health – Dental Clinic, **2200 N. Seminary Ave, Building A. Woodstock, Illinois 60098** in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any effects on actions taken by the McHenry County Department of Health in reliance on it before I revoked it.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.

I understand I have the right to inspect or copy the protected health information to be used or disclosed.

This form must be fully completed before signing.

_____	_____
Signature of Patient or Parent / Guardian	Date of Signature
_____	
Witness	

# McHenry County Department of Health – Dental Clinic

Doy la autorización al Departamento de Salud del Condado de McHenry - Clínica Dental operado por el Departamento de Salud del Condado de McHenry para liberar la información que se especifica a continuación para la organización, agencia o nombres individuales sea requerido.

Persona(s) autorizada para recibir la información (Identificación es requerida para recoger lo solicitado):

Nombre de la persona o institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información que sea liberada:

Expediente Completo: \_\_\_\_\_ Solo Radiografías: \_\_\_\_\_  
(Incluyendo información por otros proveedores de salud talvez de contener)

Sus radiografías pueden mandarse solo por correo electrónico y su expediente tiene que ser mandado por fax al: \_\_\_\_\_

Yo entiendo esto y tal vez me opongo a esta autorización notificado a la Clínica Dental del Condado de McHenry, **2200 N. Seminary Ave. Building A, Woodstock, IL 60098**, escribiendo mi deseo oponiéndome a esta autorización. Esto no tendrá efecto a las acciones tomadas por la Clínica Dental de Condado de McHenry en liberado antes de oponerme.

Yo entiendo si me opongo a firmar esta autorización y al rechazar firmarlo no afectara mi capacidad para obtener tratamiento o pagos por mis benéficos según mi elegibilidad.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar o obtener una copia de toda mi información de salud para ser usada o discutida.

Esta forma debe ser completamente llenada antes de firmarla.

_____	
Firma de Paciente o Padre / Guardian	Fecha de la firma
_____	
Testigo	