



2101 Little Mountain Ln. · Mount Vernon, WA 98274 · (360) 428-2622 fax (360) 428-3941

PATIENT CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Patient Name: _____ Birthdate: ____/____/____

I hereby authorize Skagit Pediatrics and provider(s) to disclose
or release confidential health care information as described below:

Exchange information with Disclose to Receive from

Name of Provider, Agency, or Facility:
Address:
City, State, Zip:
Phone:
Fax:

Place an X next to any of the following to EXCLUDE from released medical or mental health record:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital Admit/Discharge Information | <input type="checkbox"/> Academic Testing/Classroom Reports |
| <input type="checkbox"/> Medical Records/Medications | <input type="checkbox"/> Probation/Parole Reports |
| <input type="checkbox"/> Intake/Treatment Summaries | <input type="checkbox"/> Social Worker's Report |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes/Reports | <input type="checkbox"/> Contact with School/Teachers/Counselors/Nurses |
| <input type="checkbox"/> Psychological Testing | <input type="checkbox"/> Phone Contact _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation Records | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Scheduling | |
| <input type="checkbox"/> Medication Management (including discussing effects or concerns) | |

Patient must initial each to allow release. Specific Authorization is required for minors for the following:

<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol	I understand that my records may contain information regarding diagnosis or treatment for drug or alcohol abuse. I give my specific authorization for these records to be released. (Minors, 13 years of age or older must sign)
<input type="checkbox"/> HIDS/HIV/STD	I understand that my records may contain information regarding testing, diagnosis or treatment of HIV/AIDS or sexually transmitted diseases. I give my specific authorization for these records to be released. (Minors, 14 years of age or older must sign)
<input type="checkbox"/> Mental Health	I understand that my records may contain information regarding diagnosis or treatment for diagnosis or treatment for mental health diagnosis. I give my specific authorization for these records to be released. (Minors, 13 years of age or older must sign)

Disclosure of information authorized herein is required for the following purpose(s):

Unless cancelled earlier by me, this authorization will remain in effect for 364 days after date of signature.

This information shall be kept confidential and further disclosure to any other person/organization is prohibited without my specific written consent or as otherwise specified by law. I understand I may revoke this authority at any time, except to the extent that action has already been taken. To revoke this authorization, the request must be in writing to the Skagit Pediatrics Medical Records Department. SKP is prohibited from conditioning treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my agreement to sign this authorization. I understand that the information used or disclosed as described by this authorization may no longer be protected by federal law and could be used re-disclosed by the receiving party. A copy or fax shall be considered valid in lieu of the original.

Patient Signature

____/____/____
Date of Signature

Parent/Guardian/Legal Representative Signature

____/____/____
Date of Signature



2101 Little Mountain Ln. · Mount Vernon, WA 98274 · (360) 428-2622 fax (360) 428-3941

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Yo autorizo a Skagit Pediatrics y proveedor para revelar o divulgar informacion confidencial de atencion medica como se describe acontinuacion:

Intercambiar información con revelar a Recibir de

Nombre del Individuo/Agencia/Facilidad:
Dirección:
Código postal:
Teléfono:
Fax:

Coloque una X junto a cualquiera de los siguientes para EXCLUIR del registro médico o de salud mental divulgado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admision al Hospital/Alta Hospitalaria | <input type="checkbox"/> Pruebas Académicas/Informes de Escuela |
| <input type="checkbox"/> Expedientes Médicas/Medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes de Libertad Condicional |
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial/Resúmenes | <input type="checkbox"/> Reporte de Trabajadora Social |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso/Reportes | <input type="checkbox"/> Contacto con la escuela/Maestros/Enfermeras |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas | <input type="checkbox"/> contacto por telefono _____ |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Planificacion | |
| <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos (incluyendo discutir efectos o preocupaciones) | |

El paciente debe poner sus iniciales en cada uno para permitir la liberación. Se requiere Autorización Especifica para menores de edad para lo siguiente.

<input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol	Entiendo que mis expedientes pueden contener información sobre el diagnóstico o tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Doy mi autorización específica para que estos expedientes sean publicados. (Por 42 CFR, Parte 2) (Menores de 13anos de edad o mas deben firmar)
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH/STD	Entiendo que mis expedientes pueden contener informacion con relacion a las pruebas, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (Por 42 CFR, Parte 2) (Menores de 14anos de edad o mas deben firmar)
<input type="checkbox"/> Salud Mental	Entiendo que mis expedientes pueden contener informacion con relacion a pruebas, diagnosticos o tratamientos de enfermedad mental doy mi autorizacion especifica para que estos expedients sean divulgados. (Menores de 13anos de edad o mas deben firmar)

La divulgacion de informacion aqui contenida es requerida para los siguientes proposito(s):

A menos que you lo cancele, esta autorizacion vencera al final de este episodio de tratamiento, permanecera efectivo hasta que me den el alta de BHR o 90 dias despues de la fecha.

Esta informacion mantendra confidencial y se prohíbe la divulgacion adicional a cualquier otra persona o organizacion sin mi consentimiento especifico por escrito o como lo especifique la ley. Entiendo que puedo revocar esta autoridad en cualquier momento, excepto en la medina que y a se hayan tomado medidas. Para revocar esta autorizacion, la solicitud debe ser escrita a Skagit Pediatrics Medical Records Department. Se prohíbe que SKP condicione el tratamiento, el pago, la inscripcion y la elegibilidad para los beneficios en mi acuerdo para firmar esta autorizacion. Entiendo que la informacion utilizada o divulgada como se describe en esta autorización ya no puede estar protegida por la ley federal y puede ser divulgada nuevamente por la parte receptora. Una copia o fax se considera valida en lugar del original.

Firma del paciente

____/____/____
Fecha de la Firma

Firma del Padres/Guardian/Representante Legal

____/____/____
Fecha de la Firma