



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

**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 and Address of Individual/Agency/facility)

**The following information \*from medical or mental health records:**

(\*Please have the patient initial each section relevant to this consent.)

- |   |   |
|---|---|
| <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) |   |

**SPECIFIC AUTHORIZATIONS**

<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

**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 a continuacion:

Intercambiar informacion con                       revelar a                       Recibir de

\_\_\_\_\_  
(Nombre y direccion del individuo/Agencia/Facilidad)

**La siguiente informacion de los expedientes medicos o de salud mental:**

(\*Por favor haga que el cliente ponga sus iniciales en cada seccion relevante para este consentimiento.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admision al Hospital/Alta Hospitalaria                                | <input type="checkbox"/> Pruebas Academicas/Informes de Escuela      |
| <input type="checkbox"/> Expedientes Medicas/Medicamentos                                      | <input type="checkbox"/> Informes de Libertad Condicional            |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion 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 Psicologicas  | <input type="checkbox"/> contacto por telefono _____                 |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de Evaluacion Psiquiatrica                                | <input type="checkbox"/> Otro _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Planificacion   |  |
| <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos (incluyendo discutir efectos o preocupaciones) |  |

**AUTORIZACIONES ESPECIFICAS**

<input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol	Entiendo que mis expedientes pueden contener informacion sobre el diagnostico o tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Doy mi autorizacion especifica 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, diagnostico o tratamiento de enfermedades de transmision 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