

Skagit Pediatrics, LLP

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: ____/____/____

Exchange information with

Disclose to

Receive from

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

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

Information to be released: All records Progress notes only Immunizations Other _____

Dates of Service: _____ EXCLUDE the following: _____

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

Doctor Insurance Attorney Personal

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"/> AIDS/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)

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

Skagit Pediatrics, LLP

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: ____/____/____

Intercambiar información con

revelar a

Recibir de

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

Yo autorizo a Skagit Pediatrics y proveedor para revelar o divulgar información confidencial de atención médica como se describe a continuación:

Información a publicar: Todos los registros Solo notas de progreso vacunas Otro _____

Fechas de servicio: _____ EXCLUYE lo siguiente: _____

La divulgación de información aquí contenida es requerida para los siguientes propósito(s):

Doctor Seguro Abogado Personal

El paciente debe poner sus iniciales en cada uno para permitir la liberación.

Se requiere Autorización Específica 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 13 años de edad o más deben firmar)
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH/STD	Entiendo que mis expedientes pueden contener información con relación a las pruebas, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (Por 42 CFR, Parte 2) (Menores de 14 años de edad o más deben firmar)
<input type="checkbox"/> Salud Mental	Entiendo que mis expedientes pueden contener información con relación a pruebas, diagnósticos o tratamientos de enfermedad mental doy mi autorización específica para que estos expedientes sean divulgados. (Menores de 13 años de edad o más deben firmar)

A menos que yo la cancele antes, esta autorización permanecerá vigente durante 364 días después de la fecha de la firma.

Esta información mantendrá confidencial y se prohíbe la divulgación adicional a cualquier otra persona o organización sin mi consentimiento específico por escrito o como lo especifique la ley. Entiendo que puedo revocar esta autoridad en cualquier momento, excepto en la medida que y a se hayan tomado medidas. Para revocar esta autorización, la solicitud debe ser escrita a Skagit Pediatrics Medical Records Department. Se prohíbe que SKP condicione el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios en mi acuerdo para firmar esta autorización. Entiendo que la información 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 válida en lugar del original.

Firma del paciente

____/____/____
Fecha de la Firma

Firma del Padres/Guardian/Representante Legal

____/____/____
Fecha de la Firma