



# Northwest Pediatric Center

1911 Cooks Hill Rd Centralia, WA 98531  
Phone: 360-736-6778 Fax: 360-736-6552

## PATIENT CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I hereby authorize Northwest Pediatric Center 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.)

\_\_\_\_ Hospital Admit/Discharge Information  
\_\_\_\_ Medical Records/Medications  
\_\_\_\_ Intake/Treatment Summaries  
\_\_\_\_ Progress Notes/Reports  
\_\_\_\_ Psychological Testing

\_\_\_\_ Academic Testing/Classroom Reports  
\_\_\_\_ Probation/Parole Reports  
\_\_\_\_ Social Worker's Report  
\_\_\_\_ Contact with School/Teachers/Counselors/Nurses  
\_\_\_\_ Phone Contact

\_\_\_\_ Psychiatric Evaluation Records

\_\_\_\_ Other

### SPECIFIC AUTHORIZATIONS

____ 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)
____ 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)
____ 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 NWPC Medical Records Department. NWPC 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



1911 Cooks Hill Rd Centralia, WA 98531  
 Phone: 360-736-6778 Fax: 360-736-6552

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo autorizo a Northwest Pediatric Center y proveedor para revelar o divulgar informacion confidencial de atencion medica como se describe acontinuacion:

Intercambiar información con       revelar a       Recibir de

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

**La siguiente información de los expedientes médicos o de salud mental:**

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

- \_\_\_\_\_ Admision al Hospital/Alta Hospitalaria
- \_\_\_\_\_ Expedientes Médicas/Medicamentos
- \_\_\_\_\_ Evaluación inicial/Resúmenes
- \_\_\_\_\_ Notas de Progreso/Reportes
- \_\_\_\_\_ Pruebas Psicológicas
- \_\_\_\_\_ Expedientes de Evaluación Psiquiátrica

- \_\_\_\_\_ Pruebas Académicas/Informes de Escuela
- \_\_\_\_\_ Informes de Libertad Condicional
- \_\_\_\_\_ Reporte de Trabajadora Social
- \_\_\_\_\_ Contacto con la escuela/Maestros/Enfermeras
- \_\_\_\_\_ contacto por telefono \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS**

_____ 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 13años de edad o mas deben firmar)
_____ 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 14años de edad o mas deben firmar)
_____ 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 13años 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 días 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 medida que y a se hayan tomado medidas. Para revocar esta autorizacion, la solicitud debe ser escrita a NWPC Medical Records Department. Se prohíbe que NWPC 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