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
_____ Psychiatric Evaluation Records
_____ Academic Testing/Classroom Reports
_____ Probation/Parole Reports
_____ Social Worker's Report
_____ Contact with School/Teachers/Counselors/Nurses
_____ Phone Contact _____
_____ 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

Northwest Pediatric Center
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 13anos 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 14anos de edad o mas deben firmar)
___ Salud Mental	Entiendo que misexpedientes 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 prohibe 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 NWPC Medical Records Department. Se prohibe que NWPC condicione el tratamiento, el pago, la inscripcion y la elegibilidad para los beneficios en mi acuerdo para firmar esta authorizacion. Entiendo que la informacion utilzada 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