

# THE CHILDREN'S CLINIC, P.C.

www.childrens-clinic.com

## Authorization for The Children's Clinic to Release Medical Information

If you choose not to sign this authorization, your decision will not affect your ability to obtain treatment, payment or eligibility for health care benefits for your child or yourself.

**RELEASE FROM:** (Enter physician's name and check appropriate clinic location.)

Physician name: \_\_\_\_\_

The Children's Clinic PETERKORT   
Peterkort Centre I  
9555 SW Barnes Road, Suite 301  
Portland, OR 97225  
(503) 297-3371 FAX: (503) 297-7975

The Children's Clinic TUALATIN   
Medical Plaza 2  
19260 SW 65th Avenue, Suite 340  
Tualatin, OR 97062  
(503) 691-9777 FAX: (503) 692-6736

The Children's Clinic NEWBERG   
Coyote Place Building  
700 Deborah Road, Suite 150  
Newberg, OR 97132  
(503) 538-6791 FAX: (503) 554-0549

**SEND TO:** \_\_\_\_\_  
Name of person receiving information: \_\_\_\_\_ Title (Patient, Physician, Attorney, etc...): \_\_\_\_\_

Facility name: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_

City / State / ZIP: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient's last name First name M.I. Birth date

\_\_\_\_\_  
Patient's last name First name M.I. Birth date

\_\_\_\_\_  
Patient's last name First name M.I. Birth date

**Purpose of release:** \_\_\_\_\_  
*The Children's Clinic will routinely send a summary unless requested otherwise.*

All pertinent medical records  X-Ray Films (specify): \_\_\_\_\_

Specific Information as described: \_\_\_\_\_

**\*If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand and agree that this information will be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information.**

\_\_\_\_\_ \*HIV/AIDS \_\_\_\_\_ \*Mental health \_\_\_\_\_ \*Genetic testing

\_\_\_\_\_ \*Drug/Alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

(Federal regulations require a description of how much and what kind of information is to be disclosed.) Describe:

\_\_\_\_\_  
This authorization may be revoked at any time except to the extent that the release of information has already occurred. Unless revoked earlier, this consent will expire 180 days from the date of signing or shall remain in effect for the period reasonably needed to complete the request. I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure and may no longer be protected under federal law if it is being disclosed to an entity that is not covered by federal privacy regulations. However, I also understand that federal or state law may restrict redisclosure of HIV/AIDS test or result information, mental health information, genetic testing information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or patient's legal representative Date

\_\_\_\_\_  
Printed name of patient or patient's legal representative Date

Identity of requesting party verified Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Patient Forwarding Address: \_\_\_\_\_

City / State / ZIP: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

# THE CHILDREN'S CLINIC, P.C.

www.childrens-clinic.com

## Autorización para que The Children's Clinic Libere historial médico y/o información

Si usted elije no firmar esta autorización, su decisión no afectará su habilidad de recibir tratamiento, pagos o su elegibilidad para servicios médicos para usted o su niño/niña.

### FORMA PARA LA LIBERACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO:

(Ponga el nombre de su doctor y marque la clínica a la que ASISTE o en la cual se encuentra su historial médico.)

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

The Children's Clinic PETERKORT   
Peterkort Centre I  
9555 SW Barnes Road, Suite 301  
Portland, OR 97225  
(503) 297-3371 FAX: (503) 297-7975

The Children's Clinic TUALATIN   
Medical Plaza 2  
19260 SW 65th Avenue, Suite 340  
Tualatin, OR 97062  
(503) 691-9777 FAX: (503) 692-6736

The Children's Clinic NEWBERG   
Coyote Place Building  
700 Deborah Road, Suite 150  
Newberg, OR 97132  
(503) 538-6791 FAX: (503) 554-0549

Enviar A: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que va a recibir la información: \_\_\_\_\_ Título (Paciente, Doctor, Abogado, etc.): \_\_\_\_\_

Nombre del edificio o asociación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal (ZIP): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Propósito de la liberación de historial médico: \_\_\_\_\_  
*The Children's Clinic usualmente manda un resumen del historial médico al menos que se pida lo contrario.*

Historial médico completo  Radiografías (especificar): \_\_\_\_\_

Información específica. Por favor describa la información que desea que mandemos:  
\_\_\_\_\_

\*Si la información que usted desea que divulguemos contiene cualquier tipo de información los cuales están en la siguiente lista, esta información puede estar sujeta a leyes concernientes a este tipo de información y su manejo. Yo entiendo que al poner mis iniciales en el espacio correspondiente al tipo de información, estoy dando permiso de que esta información sea liberada a la persona u organización que está en esta forma.

\_\_\_\_\_ \*SIDA/VIH \_\_\_\_\_ \*Salud mental \_\_\_\_\_ \*Exámenes genéticos

\_\_\_\_\_ \*Tratamiento, diagnóstico e información de referencias sobre el uso de Drogas/Alcohol  
(Reglamentos federales requieren una descripción de cuanto y que tipo de información va a ser divulgada.) Describir:

Esta autorización puede ser cancelada cuando usted desee, excepto cuando la información ya haya sido enviada al destinatario. A menos que esta forma sea cancelada temprano, esta forma expira 180 días después del día que se firmó o se mantendrá vigente por un período de tiempo necesario para terminar su petición. Entiendo que la información usada o divulgada, de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a redivulgarse y que ya no estará protegida por ley federal si se esta divulgando a una entidad que no esta cubierta por las reglas federales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información sobre los exámenes o resultados de VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento e información de referencias sobre drogas/alcohol.

Firma del paciente o representante legal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde nombre del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Identificación del solicitante ha sido verificada \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal (ZIP): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_