

THE CHILDREN'S CLINIC, P.C.

www.childrens-clinic.com

Authorization for The Children's Clinic to Release Medical Information

Send completed request to info@childrens-clinic.com

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: _____

- All pertinent medical records **Communication Only** - No Physical Records to be sent
 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

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: _____