

AUTHORIZATION TO DISCLOSE / OBTAIN HEALTH INFORMATION



**Children's
Clinics**

Comprehensive Care for Kids & Teens

I, the undersigned, authorize Children's Clinics for Rehabilitative Services 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712 520-324-5437
Fax 520-324-3300
or

Name/Facility _____

Address/ Fax Number _____

Patient Information

Patient Full Name: _____ Other names during treatment: _____

Patient Address: _____ Date of Birth: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

Release Information To

This box must be completely filled out for request to be processed

Name/Facility: _____ Attention: _____

Address: _____ Phone: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Fax: _____

Purpose of Request: ☐ Personal ☐ Treatment ☐ Legal ☐ Insurance ☐ Disability ☐ Education Planning

☐ Transfer / Reason _____ ☐ Verbal Communication ☐ Electronic Copy of Records

Information to be Released

Provide information for dates of service from: _____ to: _____

Check boxes for type of information to release: ☐ Physician Notes ☐ Behavioral Health ☐ Therapy Notes

☐ Laboratory Results ☐ X-ray / Imaging Results ☐ Eye Exam ☐ Audiology ☐ Other _____

Authorization to Release Protected Information

*****REQUIRED** - Please complete the check boxes below indicating how protected information should be handled even if the categories do not necessarily apply to the patient's medical records.

Check One

Initial each line below

I ☐ DO ☐ DO NOT want information about * **Mental Health** released _____

I ☐ DO ☐ DO NOT want information about * **HIV Tests & Related Information** released _____

I ☐ DO ☐ DO NOT want information about * **Alcohol and/or Substance Abuse** released _____

I ☐ DO ☐ DO NOT want information about * **Communicable Diseases** released _____

I ☐ DO ☐ DO NOT want information about * **Genetic Testing** released _____

Please confirm that you have put a checkmark and initialed all the protected information categories above regardless if the are Applicable or not. If form is incomplete, or if protected information is not released, we may be unable to fulfill request.

▪ The Children's Clinics for Rehabilitative Services does not charge patients for copies of their health records for purposes of treatment, payment and healthcare operations. There will be a charge of \$15.00 plus .25/pg. for other purposes not related to treatment, payment and/or operations.

▪ This authorization will expire 6 months from the date appearing below. I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the Medical Record Dept. in writing, but if I do, it will not have any effect on the actions the clinic took before it received the revocation.

▪ I understand that under the applicable law the information used or described pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer subject to the protections of the privacy standard.

▪ I understand that my treatment or continue treatment by the Children's Clinics for Rehabilitative Services and its affiliates is no way conditioned on whether or not I sign the authorization and that I may refuse to sign it.

▪ I understand that I may inspect or copy the information that is used or disclosed.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Required for all patients under the age of 18, unless allowed by law. If not the parent, the legal representation documentation must be provided)

Patient Signature: _____ **Date:** _____
(Required for all patients 18 years and older. 18 years and older for psychiatric records, 14 years and older for substance use records.)

Autorización para Divulgar / Obtener Información de Salud

 Children's Clinics Comprehensive Care for Kids & Teens	Yo, el abajo firmante, autorizo a Children's Clinics of Tucson 2600 N. Wyatt Dr., Tucson, AZ 85712 (520) 324-2682 Fax (520)-324-3300 O _____ Nombre/Instalación _____ Dirección / Número de Fax _____
--	---

Información del Paciente

Nombre/ Completo del Paciente: _____ Otros nombres usados: _____
 Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Para que entregue información a _____

-Se debe completar este cuadro para que la solicitud sea procesada-

Nombre/Instalación: _____ A la atención de: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Propósito de la solicitud: ☐ Personal ☐ Tratamiento ☐ Legal ☐ Seguro
☐ Planificación de educación ☐ Discapacidad ☐ Transferencia/Razón _____
☐ Comunicación verbal ☐ Copia electrónica de registros

Información a ser entregada

Por favor entregue información en mi registro médico para las fechas: Desde _____ Hasta _____

Por favor marque los casilleros a la derecha para la información que se está solicitando. ☐ Notas del médico ☐ Salud Conductual
☐ Notas de terapia ☐ Notas de análisis de laboratorio ☐ Resultados de imagenología/rayos X ☐ Exámenes a la vista* ☐ Audiología
☐ Otro _____

Autorización para entregar información protegida

***Se requiere** – Por favor complete los casilleros de abajo para indicar cómo la información protegida debe manejarse, incluso si las categorías no necesariamente son aplicables a los registros médicos del paciente.

Marque uno

Coloque sus iniciales en cada línea de abajo

☐ DESEO	☐ NO DESEO que se entregue información sobre *salud mental	_____
☐ DESEO	☐ NO DESEO que se entregue información sobre *pruebas de VIH e información relacionada	_____
☐ DESEO	☐ NO DESEO que se entregue información sobre *Alcohol y /o abuso de sustancias	_____
☐ DESEO	☐ NO DESEO que se entregue información sobre *enfermedades contagiosas	_____
☐ DESEO	☐ NO DESEO que se entregue información sobre *pruebas genéticas	_____

Por favor confirme que ha puesto una marca de verificación y sus iniciales en todas las categorías de información protegida de arriba, sin importar si son aplicables o no. Si el formulario está incompleto, o si no se autoriza la entrega de la información protegida, es posible que no podamos completar este pedido.

- The Children's Clinics no cobrará los pacientes para las copias de sus expedientes de la salud con objeto de operaciones del tratamiento, del pago o por operaciones de salud. Habrá una carga de \$15.00 y .25/por página más para otros propósitos no relacionados con el tratamiento, el pago y/o las operaciones.
- Esta autorización caducará en 6 meses, a partir de la fecha que se indique abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Health Information Management Department por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que haya tomado el hospital antes de que recibiera la revocación.
- Entiendo que bajo las leyes aplicables, la información que se usa o describa en conformidad con esta autorización, podría estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no estará sujeta a las protecciones del estándar de privacidad.
- Entiendo que mi tratamiento o el tratamiento continuado de Children's Clinics y sus afiliados en ninguna forma está condicionado a si firmo esta autorización o no, y que puedo negarme a firmarla.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa o divulga.

Firma del padre/tutor legal _____

Fecha: _____

(Se requiere para todos los pacientes de menos de 18 años, a menos que de otra forma lo autorice la ley. En caso de no ser el padre, se debe presentar documentación de la representación legal)

Firma del paciente _____

Fecha: _____

(Se requiere para todos los pacientes de 18 años de edad y más. 18 años de edad y más para registros psiquiátricos. 14 años y más para registros de abuso de sustancias)