

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTHCARE INFORMATION

Autorizacion para divulgar informacion sanitaria

Instructions: Fill in the appropriate information in each applicable section. Sign, Date, and return the form. Incomplete forms will not be processed. A separate authorization must be completed for each request.

Instrucciones: Complete la informacion correspondiente en cada seccion correspondiente. Firme, feche y devuelva. Los formularios incompletos no seran procesados.

I understand the information in the record of/Entiendo la informacion contenida en el registro de:

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

Phone Number/Numero de telefono: _____

Address/Direccion: _____

is personal and private, however I authorize/es personal y privado, sin embargo autorizo:

Pediatric Clinic of St Mary Parish
1055 David Drive
Morgan City, LA 70380
Ph: (985)384-2430, Fax: (985)384-2473
medicalrecords@thepediatricclinic.org

To Release Information to or Receive Information from/Divulgar informacion a o Recibir informacion de:

Name of Doctor/Clinic and/or Organization/Nombre del medico, Clinica, o Organization:

Address/Direccion City/Ciudad State/Estado Zip Code/Codigo postal

Phone/Telefono: _____ Fax: _____

The following specific information/La siguiente informacion especifica:

- ☐ Specific Date(s) of Treatment/Fechas especificas de tratamiento _____
- ☐ Immunization Record/Cartilla de vacunacion
- ☐ All Records/Todos los registros
- ☐ Other/Otro: _____

Medical records or the above listed information is to be released for the specific purposes of:

Los registros medicos o la informacion mencionada anteriormente se divulgaran para los fines especificos de:

- ☐ Changing physician/Further medical care/Cambiar de medico/Recibir mas atencion medica:
- ☐ Other/Otro: _____

Patient Consent and Authorization to Release Medical Records: (Vea el reverso de esta pagina para ver la version en Espanol)

- This authorization is valid for ninety (90) days from date signed. I understand this consent can be revoked by me in writing anytime before disclosure has occurred.
- Unless specifically excluded, this authorization includes release of specially protected records – such as referrals to, diagnosis of, and/or treatment for all health conditions.
- I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient, and may no longer be protected by federal and state privacy laws and regulations.

The undersigned certifies that he/she is the parent/guardian the person listed above and has the legal authorization to sign on behalf of the person, whether by court order, or by operation of law. I acknowledge that I am aware of the confidential and/or privileged nature of the information being disclosed, and understand the benefits and/or disadvantages of disclosing such information. I hereby release above facility from all legal liabilities that may result from the release of the information according to this request.

Parent or Authorized Representative Signature/Firma del padre o representante autorizado:

Relationship to Patient/Relacion con el paciente: _____ Date/Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE OFICINA:

Date Request FAXED ____/____/____ Date Medical Records RECEIVED ____/____/____

Consentimiento del paciente y autorizacion para divulgar registros medicos:

- Esta autorizacion es valida por 90 dias a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento antes de que se haya producido la divulgacion.
- A menos que se excluya especificamente, esta autorizacion incluye la divulgacion de registros especialmente protegidos, como referencias, diagnosticos y/o tratamientos para todas las condiciones de salud.
- Entiendo que la informacion divulgada de conformidad con esta autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgacion por parte del destinatario y es posible que ya no este protegida por las leyes y regulaciones federales y estatales de privacidad.

El abajo firmante certifico que es el padre/tutor de la persona mencionada anteriormente y que tiene autorizacion legal para firmar en nombre de la persona, ya sea por orden judicial o por imperio de la ley. Reconozco que soy consciente de la naturaleza confidencial y/o privilegiada de la informacion que se divulga y comprendo los beneficios y/o desventajas de divulgar dicha informacion. Por la presente, libero a la entidad antes mencionada de todas las responsabilidades legales que puedan resultar de la divulgacion de la informacion de acuerdo con esta solicitud.