

AUTHORIZATION TO RELEASE AND EXCHANGE PROTECTED HEALTH INFORMATION



MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

Patient name: _____

DOB: _____
(MM/DD/YYYY)

Release From: The following organizations/
providers are hereby authorized to release,
exchange, and share oral and written mental
health information with each other, regarding
the Patient named above:

Release To:
Company/Organization/Person and Relationship: _____

Address:

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
Phone: _____ **Fax:** _____

Email: _____

Purpose(s) or need for which the information is to be used and disclosed: (Please check as applicable)

- ☐ Coordination/Continuity of Care
☐ Disability Determination

- ☐ Legal Purposes
☐ Other (Specify): _____

Information to be released, exchanged, and shared: (Please check next to the documents to be released & exchanged)

- ☐ Physician's Orders and Encounter Notes
☐ Legal Records and Information
☐ Growth Charts

- ☐ Immunization Records
☐ Treatment Plan
☐ History and Physical Exam

- ☐ Psychiatric/ Psychological Eval/Notes
☐ Labs
☐ Other (Specify): _____

Please initial the below statements:

Initial I UNDERSTAND the information requested may include evaluation, diagnosis or treatment information regarding the following conditions:
mental illness, alcohol or drug abuse, and HIV/AIDS. I understand that this information may include, when applicable, information relating
to sexually transmitted diseases including Human Immunodeficiency Virus (HIV Infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome, or AIDS
related Complex) and any other communicable diseases

Initial I UNDERSTAND that I may revoke this Authorization at any time by giving written notice to the Center, except to the extent that the
Center has already taken action on this request. This Authorization will expire on _____ (date), or, if left blank, **TWO YEARS** from
the date of my signature (whichever event comes first). I release the Center from all liability for disclosing the requested information. I
UNDERSTAND that treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this Authorization

AUTHORIZATION: I understand that authorizing the disclosure of this information is voluntary. This Authorization may be used and re-
used to obtain information learned and records prepared after the date this release was signed as long as this Authorization remains valid. I
understand that when information is release, it carries with it the potential for unauthorized re-disclosure and it may no longer be protected by
federal confidentiality rules such as HIPAA. A copy or facsimile of this Authorization may be used with the same effectiveness as the original.

Patient OR PERSON AUTHORIZED TO SIGN FOR CONSUMER

Date

Print name if not the Patient and state how authorized to sign

WITNESS SIGNATURE and Printed Name

Date

Initial I attest that I have legal guardianship of the above Patient and/or have authority to make medical decisions on their behalf.

*The information in this document is proprietary and may not be reproduced, or converted in whole, or in part, nor may any of the information contained therein
be disclosed without the prior consent of the Chief Legal Officer.*

*No representation, warranty or undertaking, expressed or implied is or will be made or given and no responsibility or liability is or will be accepted by
Community Reach Center ("the Company") or by any of its directors, employees or advisors in relation to the accuracy or completeness of this document
or any other written or oral information made available in connection with the Company.*

Any form of reproduction, dissemination, copying, disclosure, modification, distribution and or publication of this material is strictly prohibited.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD



MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____
(DD/MM/AAAA)

Formulario de divulgación: Por medio de la presente, las siguientes organizaciones/proveedores están autorizados para divulgar, intercambiar y compartir información de salud mental en forma verbal y escrita entre sí, con respecto al Cliente mencionado anteriormente:

Divulga a:
Empresa/organización/persona y relación: _____

Dirección:

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____

Correo electrónico. Dirección: _____

Propósito(s) o necesidad para la cual se utilizará y divulgará la información: (marque según corresponda)

- ☐ Coordinación/Continuidad de la atención
☐ Determinación de discapacidad

- ☐ Fines Legales
☐ Otro (especificar): _____

Información por ser divulgada, intercambiada y compartida: (marque al lado de los documentos que serán divulgados e intercambiados)

- ☐ Órdenes del médico y notas de la visita
☐ Información y registros legales
☐ Gráficas de crecimiento

- ☐ Registros de vacunación
☐ Plan de tratamiento
☐ Historial y examen físico

- ☐ Evaluación/notas psiquiátricas/psicológicas
☐ Análisis de laboratorio
☐ Otro (especificar): _____

Escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:

Iniciales

ENTIENDO que la información solicitada puede incluir información de evaluación, diagnóstico o tratamiento relativa a las siguientes afecciones: enfermedad mental, abuso de drogas o alcohol y VIH/SIDA. Entiendo que esta información puede incluir, en su caso, información relativa a enfermedades de transmisión sexual, inclusive el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o complejo relacionado con el SIDA) y cualquier otra enfermedad transmisible.

Iniciales

ENTIENDO que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Centro, salvo en la medida en que el Centro ya haya tomado medidas como consecuencia de esta solicitud. Esta Autorización vencerá el _____ (fecha), o, si se deja en blanco, **DOS AÑOS** a partir la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Libero al Centro de toda responsabilidad por la divulgación de la información solicitada. ENTIENDO que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios pueden no estar condicionados por la firma de esta Autorización.

AUTORIZACIÓN: Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario. La presente Autorización puede utilizarse y reutilizarse para obtener información adquirida e informes elaborados después de la fecha en que se firmó esta divulgación, siempre que esta Autorización permanezca válida. Entiendo que cuando se divulga información, esto conlleva la posibilidad de que se vuelva a divulgar sin autorización, y puede dejar de contar con la protección de las normas federales de confidencialidad, como HIPAA. Se puede utilizar una copia o facsímil de esta Autorización y tendrá el mismo efecto que el original.

Cliente o PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL CLIENTE

FECHA

Nombre en letra de imprenta de no tratarse del Cliente, e indicar cómo se le autorizó a firmar.

FIRMA DEL TESTIGO y nombre en letra de imprenta

FECHA

Iniciales

Certifico que tengo la custodia legal del Cliente mencionado y/o que estoy facultado para tomar decisiones médicas en su nombre.

La información que contiene este documento es de propiedad exclusiva. Se prohíbe su reproducción o conversión, ya sea de forma parcial o total. Asimismo, dicha información no puede divulgarse sin el previo consentimiento del director jurídico.

Community Reach Center ("la Empresa") y sus directores, empleados y asesores no realizan declaraciones ni ofrecen garantías, expresas o implícitas, en el presente ni en el futuro, ni aceptan o aceptarán responsabilidad alguna en relación con la exactitud o integridad de este documento o de otros documentos escritos o información verbal que se comunique con relación a la Empresa.

Se prohíbe estrictamente toda forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución y/o publicación de este material.