

Authorization for Use of Disclosure of Protected Health Information

I _____ hereby authorize Canyon Pediatrics:

2451 E Baseline #200 Gilbert, Az 85234 and 8115 E University Rd Mesa, Az 85203
Medical Records Phone Number 480-507-2199 Fax Number 480-649-3416

to (initial all that apply) _____ Disclose and/or _____ Request my protected health information from the following:

Name of person/organization: _____

Address of person/organization: _____

The protected health information that may be used or disclosed, **initial all that apply:**

Entire Record

Only information related to (Specify) _____

Only the period event from _____ to _____

Other (Specify) _____

School Records _____

Immunizations _____

Behavioral Health Treatment notes _____

Psychiatric Evaluations and progress notes _____

Dates of records: From: _____ To: _____ OR If no dates are specified, one (1) year will be released.

Purpose of Disclosure _____

I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulations and cannot be disclosed without my written consent. I certify that this consent has been given freely and voluntarily. I understand that services are not contingent upon my authorization for use and/or disclosure of information. I have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken on this authorization and will automatically expire on the date and/or conditions specified below.

• I **REVOKE** this authorization on: _____ Date _____ Signature of Parent/Guardian _____

• I **DECLINE** release of information to: _____ on: _____ Date _____
Reason for declining release: _____ Signature of Parent/Guardian _____

This authorization shall be in force and effect until:

Expiration Date: [specify date] _____

Other Condition: [event that relates to the patient or the purpose of the use of disclosure] _____
at which time this authorization to use or disclose this protected health information expires.

Signature of Parent /Guardian

Date of signature (this authorization is valid for 1 year from this date or as otherwise specified above)

Other required signature (if applicable)

Witness signature
[Provide a copy of this form to consumer.]

Relationship to Consumer

*If consumer is a minor, both his/her signature is required with signature of parent/legal guardian.

Notice: Alcohol and drug abuse patient records are protected by Federal confidentiality regulations (42CFR part 2). The Federal regulations prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal regulations restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. Communicable disease related information, pursuant to this release, cannot be redisclosed without specific written authorization (A.R.S. 36-664. H)

Autorización para el uso de la divulgación de información médica protegida

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Yo, _____ por la presente autorizo a Canyon Pediatrics:

2451 E Baseline #200 Gilbert, Az 85234 and 8115 E University Rd Mesa, Az 85203
Expedientes Medicos Phone Number 480-507-2199 Fax Number 480-649-3416

Para (Ponga su **inicial todo lo que aplique**) _____ Divulgar o/ _____ Solicitar mi información de salud protegida de las siguientes

Nombre de la persona/organizacion: _____

Direccion de la persona/organizacion: _____

La información médica protegida que puede ser utilizada o divulgada, **marque todo lo que aplique:**

Expediente Completo

Solamente informacion relacionada con (*Especifique*) _____

Solo el periodo de eventos _____ A _____

Otro (*Especifique*) _____

Expediente de Escuela _____

Immunizaciones _____

Notas de tratamiento de Salud del Comportamiento _____

Evaluacion siquiatica y notas de progreso _____

Fechas de Expediente: Desde: _____ A: _____ O si no hay fecha especificada, un (1) año sera revelado.

Proposito de la Divulgacion _____

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito. Certifico que este consentimiento se ha dado de forma libre y voluntaria. Entiendo que los servicios no están supeditados a mi autorización para el uso y / o divulgación de información. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción con respecto a esta autorización y caducará automáticamente en la fecha y / o condiciones especificadas a continuación.

• Yo **REVOCO** esta autorizacion en: _____ Firma de Padre/Guardian _____
Fecha

• Yo **DECLINO** la divulgacion de informacion a: _____ en: _____
Fecha

Razon por la negacion de divualgacion: _____ Firma del Padre o guardian _____

Esta autorizacion esta vigente y enforzada hasta:

Fecha de expiracion: **[Especificar fecha]** _____

Otra condicion: **[evento que se relaciona con el paciente o el propósito del uso de la divulgación]** _____

En el momento en que caduque esta autorización para usar o divulgar esta información médica protegida..

Firma del padre /Guardian

Otra firma requerida (si es aplicable)

Relacion con el Consumidor

Fecha de firma (esta autorizacion es valida por 1 año De esta fecha o como se especifica arriba)

Firma del Testigo
[Proporcionar una copia de este formulario al consumidor.]

*Si el consumidor es un menor, firma de ambos el/ella requerida con la firma del padre o guardia legal.