



Mutual Exchange of Confidential Records/Patient Health Information

Student Name: _____ Date of birth: _____

Monroe Public Schools Phone # _____ Fax _____

Attention _____

Address _____

City, State, Zip _____

and

Name of Provider _____ Fax _____

Agency _____

Address _____

City, State, Zip _____ Phone _____

I hereby consent to the release and/or exchange of the following information (✓ *check all records requested*)

<input type="checkbox"/> Developmental Evaluation	<input type="checkbox"/> Medical Records <input type="checkbox"/> 1 yr <input type="checkbox"/> 2 yrs <input type="checkbox"/> All
<input type="checkbox"/> Diagnosis & Treatment Notes	<input type="checkbox"/> Medication Management
<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Assessment	<input type="checkbox"/> Mental Health Records
<input type="checkbox"/> Educational Records	<input type="checkbox"/> Neuropsychological Evaluation
<input type="checkbox"/> Inpatient Records/Discharge Summary	<input type="checkbox"/> OT/PT/Speech Reports
<input type="checkbox"/> Laboratory/Diagnostic Test Results	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Consultation with Provider re: _____	

In addition to the above named Monroe Public Schools employee, I authorize disclosure of information specified above to the following individuals. I understand this information is confidential, that additional disclosure cannot occur without authorization.

<u>Name/Position</u>	<u>Name/Position</u>

This authorization is valid from ____/____/____ to ____/____/____.

Note: The release of medical records can be no longer than 90 days after this authorization is signed by student*/parent.

I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at any time in writing. Neither treatment nor payment to the medical provider is dependent on this signed authorization. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for further release or distribution by the recipient that may not be protected by federal confidentiality rules.

Student Signature* _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

*If the student is a minor but is authorized to consent to health care without parental consent, under federal and state law the student shall sign this authorization form. No disclosure may be made without specific authorization.

<u>Student Consent:</u>	<u>Age</u>	<u>Student Consent:</u>	<u>Age</u>
Mental health (outpatient)	13 years	Sexually transmitted diseases (STD)	14 years
Drug, alcohol abuse (outpatient)	13 years	Human immunodeficiency virus (HIV)	14 years
Chemical dependency treatment (residential)	18 years		

The information disclosed is protected by state and federal law. Releasing to an agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains is prohibited. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient. See chapter 70.02 RCW.

Autorización para el intercambio mutuo de información o registros confidenciales

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Monroe Public Schools N.º de teléfono _____ Fax _____
Atención _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Cód. postal _____

y

Nombre del proveedor _____ Fax _____
 Entidad _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Cód. postal _____ N.º de teléfono _____

Autorizo por este medio la divulgación y/o intercambio de la siguiente información (✓ marque todos los registros solicitados)

<input type="checkbox"/> Evaluación de desarrollo	<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> Todos
<input type="checkbox"/> Notas de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Administración de los medicamentos
<input type="checkbox"/> Evaluación de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental
<input type="checkbox"/> Registros educativos	<input type="checkbox"/> Evaluación neuropsicológica
<input type="checkbox"/> Registros del paciente/Resumen del alta médica	<input type="checkbox"/> Informe sobre el habla/terapia ocupacional/fisioterapia
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de diagnóstico/laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Consulta con el proveedor:	

Además de al empleado de Monroe Public Schools mencionado, autorizo la divulgación de la información detallada anteriormente a las siguientes personas. Entiendo que dicha información es confidencial y no se puede extender su divulgación sin autorización.

<u>Nombre/Posición</u>	<u>Nombre/Posición</u>

Esta autorización es válida desde ____/____/____ a ____/____/____.

Nota: La divulgación de la historia clínica no puede prolongarse después de 90 días a partir de la fecha en que el alumno*/padre firma la autorización.

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo optar por suspenderlo por escrito en cualquier momento. Ni el tratamiento ni el pago al proveedor de servicios médicos depende de esta autorización firmada. En caso de suspender mi consentimiento, no tendrá validez sobre la información que ya ha sido proporcionada según previo consentimiento para su divulgación. Comprendo que cualquier divulgación de la información conlleva el potencial de que se realice una mayor divulgación o distribución por quien la recibe, y que es posible que no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Firma del alumno* _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

*Si el alumno es menor de edad pero está autorizado a dar su consentimiento para atención médica sin la autorización de los padres, el alumno podrá firmar el presente formulario de autorización conforme a la legislación federal y estatal. No se podrá realizar ninguna divulgación sin la autorización específica.

Consentimiento del alumno:	Edad	Consentimiento del alumno:	Edad
Salud mental (paciente ambulatorio)	13 años	Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	14 años
Abuso de drogas o alcohol (paciente ambulatorio)	13 años	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	14 años
Tratamiento por dependencia de sustancias químicas (paciente internado)	18 años		

La información divulgada está protegida por la legislación estatal y federal. Queda prohibida su divulgación a una entidad o persona no mencionada en el presente formulario sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien concierne. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente. Ver capítulo 70.02 RCW.