



CONSENT FOR THE RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I, _____, Date of Birth _____ authorize

Kenosha Community Health Center, Inc. to exchange confidential information with:

Name/Facility: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

the following information:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Progress/Contact Notes | <input type="checkbox"/> Behavioral Report | <input type="checkbox"/> Consultation |
| <input type="checkbox"/> Medication List | <input type="checkbox"/> Attendance Records | <input type="checkbox"/> Immunization Record |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Individual Education Plan | <input type="checkbox"/> History & Physical Exam |
| <input type="checkbox"/> Mental Health Assessment | <input type="checkbox"/> Psychological Testing | <input type="checkbox"/> Laboratory Results |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation | <input type="checkbox"/> Grade Reports | <input type="checkbox"/> X-Ray Results |
| <input type="checkbox"/> Treatment Plan | <input type="checkbox"/> Written & Verbal Information | <input type="checkbox"/> Operative Report |
| <input type="checkbox"/> Progress Summary | <input type="checkbox"/> Entire Record | <input type="checkbox"/> Emergency Room Record |
| <input type="checkbox"/> AODA Assessment | <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

The purpose of the disclosure authorized herein is to facilitate and coordinate services.

I understand that my records are protected under the federal regulations governing confidentiality of substance abuse and treatment services, 42CFR Part 2, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. I understand that I have the right to inspect and receive copy of the material disclosed as required under Wis. Adm. Code sections HSS 92.05 and 92.06 (pursuant to HSS 92.03(3)(d)). Also, I understand that this consent will expire one (1) year from the date of signature and I may revoke this consent at any time in writing. I understand that I will continue to receive treatment regardless of my decision to provide consent for release of information. I hereby release Kenosha Community Health Center, Inc. from any liability by releasing this information.

A photocopy of this authorization shall be as valid and acceptable as the original authorization.

Patient Signature

Date

Signature of Parent, Guardian or
Authorized Representative when required

Date

Witness Signature

Date

Our Mission

"We, the Kenosha Community Health Center, are a nonprofit organization offering to the underserved citizens of Kenosha County comprehensive healthcare which enables our patients to maintain their well-being by addressing health disparities and providing access for all."



CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, fecha de nacimiento _____
autorizo que el Centro de Salud Comunitario de Kenosha, Inc. intercambie información confidencial
con:

Nombre y compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

la siguiente información:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución o contacto | <input type="checkbox"/> Informe de conducta | <input type="checkbox"/> Consulta |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Registro de asistencia | <input type="checkbox"/> Registro de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Resumen del dado de alta | <input type="checkbox"/> Plan de educación individualizada | <input type="checkbox"/> Examen físico e historial médico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental | <input type="checkbox"/> Exámenes psicológicos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Reporte de Calificaciones | <input type="checkbox"/> Resultados de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Información oral y por escrito | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Resumen de evolución | <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Expediente del depto. de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de AODA | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

El propósito del consentimiento autorizado para la liberación de la información es la de facilitar y coordinar los servicios.

Entiendo que mis expedientes están protegidos por las normas federales de la confidencialidad del abuso de sustancias y de los servicios de tratamiento, 42CFR Parte 2, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito a menos que haya sido indicado de otra forma en las normas. Comprendo que tengo el derecho a inspeccionar y recibir una copia del material compartido según es requerido por el Código administrativo de Wisconsin, secciones HSS 92.05 y 92.06 (conforme a HSS 92.03(3)(d)). También entiendo que este consentimiento vencerá a un (1) año a partir de la fecha de mi firma y puedo revocarlo en cualquier momento por escrito. Comprendo que continuaré recibiendo tratamiento independientemente de mi decisión en cuanto al consentimiento para la liberación de mi información. Yo por medio de la presente exonero al Centro de Salud Comunitario de Kenosha, Inc. de toda responsabilidad en la liberación de esta información.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma aceptación y validez como si fuera la original.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, madre, tutor legal o
Representante autorizado cuando requerido

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Our Mission

"We, the Kenosha Community Health Center, are a nonprofit organization offering to the underserved citizens of Kenosha County comprehensive healthcare which enables our patients to maintain their well-being by addressing health disparities and providing access for all."