



School Based Health Center
Authorization for Release of Information to Family or Friend

Child's name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Address (including city, state, ZIP) \_\_\_\_\_

Phone number \_\_\_\_\_

This release of information allows the people listed below to confirm or schedule appointments, attend or bring your child to appointments and pick up medications if allowed by law. Also, people listed below may access your child's medical or dental health information. We can only release information to the people you list on this form.

As the parent or legal guardian, you may remove or add a name to the list at any time by coming into the office and making the request.

I give Cherry Health consent to talk about my child's entire Protected Health Information to:

Table with 3 columns: Name, Relationship to child, Phone number. Includes three horizontal lines for data entry.

By signing this authorization, Cherry Health may release the above listed child's information to the people listed on this release.

I understand that my records are protected under the Health Insurance and Accountability Act (HIPAA) of 1996, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations or as required by State and Federal Law.

Parent/Legal Guardian Signature Printed name Date
Relationship to patient Witness (second witness if signed with an "X") Date



# Centro de salud con base en las escuelas

## Autorización para la divulgación de información a familiares o amigos

Nombre del hijo/a \_\_\_\_\_ F. de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Esta divulgación de información permite a esas personas confirmar o agendar citas, acudir a citas o traer a su hijo/a a citas, y recoger medicamentos, si la ley lo permite. Usted también permite a las personas indicadas abajo acceder a información sobre la atención médica u odontológica de su hijo/a. Solo podemos dar información a las personas que usted indique.

Como padre, madre o tutor legal, usted puede eliminar un nombre de la lista o agregar otro en cualquier momento, simplemente viniendo a la oficina y solicitándolo.

Doy a Cherry Health mi consentimiento para hablar sobre toda la información de salud protegida de mi hijo/a con:

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Al firmar esta autorización, usted permite que Cherry Health divulgue la información señalada anteriormente a las personas identificadas en la presente.

Entiendo que mis registros están protegidos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, a menos que esté especificado en las normas o que así lo exijan la ley federal y estatal.

Firma del Padre/Tutor Legal	Nombre	Fecha
Relación con el paciente	Testigo (el segundo testigo firma con una "X")	Fecha