



**NORTHWEST
ASSISTANCE
MINISTRIES**
Neighbors Helping Neighbors

THE CHILDREN'S CLINIC

CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

SECTION A: PATIENT GIVING CONSENT

NAME OF PATIENT: _____

NAME OF PERSON GIVE CONSENT: _____

Address: _____

Telephone #: _____ Social Security #: _____

Clinic ID: _____ MRN #: _____

SECTION B: TO THE PATIENT – PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities and healthcare operations as outlined on the Notice of Privacy Practices.

Notice of Privacy Practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

You may obtain a copy of our Notice of Privacy Practices, including any revisions of our Notice, at any time by contacting:

Contact Person: Rebecca C. Jones, Program Director

Telephone/Fax Number: 281/885-4633 281/583/5604

E-Mail: rjones@namonline.org

Address: 15555 Kuykendahl, Houston TX. 77090

Right to Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the Contact Person listed above. Please understand that revocation of the Consent will not affect any action we took in reliance on the Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

SIGNATURE

I, _____, have had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this Consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities, and health care operations.

Signature: _____ Date: _____

If this consent is signed by a personal representative on behalf of the patient, complete the following:

NAME: _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____

YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS CONSENT AFTER YOU SIGN IT.



NORTHWEST
ASSISTANCE
MINISTRIES

Neighbors Helping Neighbors

LA CLINICA DE LOS NIÑOS

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Sección A: Autorización de parte del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOBRE DE LA PERSONA AUTORIZANDO: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____ Número del Seguro Social: _____

Clinic ID: _____ MRN#: _____

Sección B: PARA EL PACIENTE – FAVOR DE LEER LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito de la Autorización: Al firmar esta forma, Ud. nos dará permiso para utilizar y para divulgar información médica protegida, para ejecutar tratamiento, actividades de pago, y para conducir actividades médicas de tratamiento y prevención, como se han detallado en la Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada.

Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada: Ud. tiene el derecho de leer nuestra Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada antes de decidir si quiere firmar esta Autorización. Nuestra Notificación describe nuestro tratamiento, actividades de pago, y la conducta de actividades médicas de tratamiento y prevención. También incluye como podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida, y otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestra Notificación acompaña esta autorización. Le animamos que la lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar esta Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de manejo de información privada como hemos declarado en nuestra Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada. Si cambiamos nuestra práctica de manejo de información privada, publicaremos una revisión de la Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada, que contenga los cambios. Estos cambios podrían aplicar a cualquier parte de su información médica protegida que mantenemos.

Ud. puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada, incluyendo cualquier revisión que existe de nuestra Notificación, en cualquier momento, entrando en contacto con:

Persona de Contacto: [Rebecca C. Jones, Program Director](#)

Número de Teléfono/Número de Fax: [281/885-4633](#) [281/583/5604](#)

E-Mail: rjones@namonline.org

Dirección: [15555 Kuykendahl, Houston TX. 77090](#)

Derecho de Revocar: Ud. tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación en forma escrita detallando su revocación y que se ha entregada a la persona de contacto anotada anteriormente. Por favor entienda que la revocación de la Autorización no afectará cualquier acción que hicimos por medio de la Autorización antes de recibir su revocación, pero también podríamos negar tratamiento ó a continuar tratamiento si Ud. revoca ésta Autorización.

FIRMA

Yo, _____, he tenido completa oportunidad para leer y considerar el contenido de este documento de Autorización y Notificación de las Prácticas de Manejo de Información Privada. Entiendo que al firmar esta Autorización, les doy mi permiso para utilizar y divulgar mi información médica protegida para conducir tratamiento, actividades de pago, conducta de actividades médicas de tratamiento y prevención.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este permiso es firmado de parte de un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUES DE FIRMARLA