



**CORNERSTONE**

*Behavioral Health Hospital of Union County  
40 Watchung Way, Berkeley Heights, N.J. 07922  
Main: (908) 790-5300  
Admitting Fax: (908) 771-5893*

**CONSENT  
FOR RELEASE  
OF INFORMATION**  
**(English)**

Patient: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ authorize  
(Patient or Legally Authorized Representative - Print Full Name)

And request Cornerstone Behavioral Health Hospital of Union County to

- a. Release my personal health information from my medical record to:  
Relevant Mental Health Agencies, Partial Care Programs, Case Managers, Private Practitioners, Legal Entities, Welfare Agencies, Supportive Housing Providers

\_\_\_\_\_  
(Person/Facility/Organization) (Street/Town/State/Zip Code)

- b. Obtain medical record information from the following dates:

\_\_\_\_\_

The specific information needed is H&P, PSYCHO-SOCIAL, INITIAL PSYCH EVAL, MAR, FACE SHEET, and

\_\_\_\_\_

For the purpose of: Discharge Planning from Cornerstone Behavioral Hospital.

I understand that my medical records contain information from my Treatment, Hospitalization and / or Outpatient Care that may include Psychological or Psychiatric Impairment, Drug Abuse and / or Alcoholism or Sickle Cell Anemia, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Tests for, or infection with, the Human Immunodeficiency Virus (HIV).

My consent pertains to the foregoing and expires with the completion of this specified transaction. Further disclosure of this information without the specific written consent of the person involved is prohibited.

In accordance with the above specifications, I hereby RELEASE the hospital, the attending physician and all its employees from any and all liability whatsoever pertaining to the said use of my records.

I understand that these records or photocopies thereof will be sent to the above named. I also understand there is a potential of re-disclosure of my personal health information by the mental health care providers listed above.

I further understand this RELEASE shall be binding upon my heirs, executors, administrators or assigns.

If this authorization is not revoked, it will terminate one year from the date of my signature. This Release is intended to comply with the Privacy Regulations enacted under the **Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)**. (45 C.F.R. 164.508).

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date



**CORNERSTONE**

*Behavioral Health Hospital of Union County*  
40 Watchung Way, Berkeley Heights, N.J. 07922  
Main: (908) 790-5300  
Admitting Fax: (908) 771-5893

**CONSENTIMIENTO**  
**PARA DIVULGAR**  
**INFORMACION**  
**(Spanish)**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo  
(Paciente o Representante Legal Autorizado - imprimir nombre completo)

Y solicito que Cornerstone Behavioral Health Hospital of Union County:

- De a conocer mi información de salud personal y mi record medico a:  
Agencias de Salud Mental Pertinentes, Programas de Cuidado Parcial, Administradores de Casos,  
Doctores Privados, Entidades Legales, Agencias de Beneficencia Social, Viviendas de Apoyo

\_\_\_\_\_  
(Persona/Instalaciones/Organización) (Calle/Ciudad/Estado/CódigoPostal)

- b. Obtenga información médica de las fechas siguientes:

\_\_\_\_\_

La información específica que se necesita es (H&P, PSYCHO-SOCIAL, INITIAL PSYCH EVAL, MAR, FACE SHEET, and \_\_\_\_\_.

Para el propósito del Plan de dar de Alta de Cornerstone Behavioral Hospital.

Entiendo que mis archivos médicos contienen información de m Tratamiento, Hospitalización y / o Atención ambulatoria que pueda incluir Impedimento Psicológico o Psiquiatra, Abuso de Drogas y / o Alcoholismo o Anemia Falciforme, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Examen el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Mi consentimiento es en relación al precedente y expira con la terminación de esta específica transacción. Además se prohíbe la divulgación de esta información sin el consentimiento por escrito específico de la persona involucrada.

En acuerdo con las especificaciones anteriores, por la presente LIBERO al hospital, el médico y todos los empleados de cualquier responsabilidad relacionada con dicho uso de mis registros.

Entiendo que estos archivos o fotocopias de la misma serán enviados a lo mencionado anteriormente. También entiendo de posible re-divulgación de mi información de salud personal por los proveedores de cuidado de salud mental.

Además entiendo que esta LIBERACION será vinculante para mis herederos, ejecutores, administradores o asignatarios.

Si esta autorización no es revocada, terminara en un año de haberse firmado. Esta liberación está intencionado a cumplir con los reglamentos de privacidad adoptadas según el **Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). (45 C.F.R. 164.508).**

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha