

HAWTHORN SCHOOL DISTRICT NO. 73

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information and Education Records

Patient/Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

I hereby authorize: _____

[insert name, address, & phone number of individual authorized to disclose records]

to disclose protected health information and/or educational records to:

[insert name, address, & phone number of individual to receive records]

for the purpose of: _____

Check here if authorization is given for the parties listed above to mutually exchange the information below.

Description:

The medical information to be disclosed consists of (check all that apply):

- Medical history and/or physical Immunization record Lead screening Nursing assessment
- School physical forms Medication records Treatment plans TB or other lab results
- HIV information Information related to the following injury or condition: _____

The mental health information to be disclosed consists of (check all that apply):

- Treatment plans Clinical assessments Clinical notes Psychiatric evaluations
- Discharge summaries Treatment notes Psychological/Neuropsychological
- Social assessment/history Evaluations Log of sessions and invoices
- Records covering the period of time from _____ to _____

The education information to be disclosed consists of (check all those that apply):

- Grades/report cards/transcripts IEPs/504 plans/eligibility documents Psychological evaluations
- Health histories Social assessments/histories
- Speech/language evaluations/reports Assistive technology information
- Behavioral/discipline information Neuropsychological evaluations
- Educational testing (local and state assessments) Occupational/physical therapy evaluations/reports
- Records covering the period of time from _____ to _____

The substance abuse information to be disclosed consists of (check all those that apply):

- Substance abuse history Treatment, attendance placement and progress
- Discharge/continuing care plan

This authorization is valid for one calendar year and will expire on _____. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I understand that my revocation of this authorization will not be effective for actions taken by the school district or health care provider in reliance upon my authorization and prior to notice of my revocation. I understand that failing to authorize disclosure of records may adversely impact the educational programming and/or medical treatment for my child. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care. I also understand that I have the right to inspect and copy educational records and to challenge their contents.

Parent Signature Date

Student Signature (If student is over 12 years of age and the authorization is for the release of mental health records) Date

Witness Signature Date

HAWTHORN SCHOOL DISTRICT NO. 73

Autorización para Compartir Expedientes/Archivos Protegidos de Salud y Educación

Nombre del Estudiante/Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por este medio autorizo a: _____

[Escriba nombre, dirección, y número de teléfono de persona autorizada a compartir expedientes]

A compartir información protegida de salud y/o educativa a:

[Escriba nombre, dirección, y número de teléfono del personal a recibir los expedientes]

Con el propósito de: _____

___ Marque aquí si la autorización se otorga por las partes mencionadas anteriormente para intercambiar mutuamente la información abajo.

Descripción:

La información médica que se compartirá consiste de (marque todo lo que corresponda):

- ___ Historial Médico y/o físico ___ Registro de vacunación ___ Análisis del plomo
___ Asesoría de Enfermería ___ Formas Físicas de la Escuela ___ Registro de Medicamentos
___ Planes de Tratamiento ___ TB u otros resultados de laboratorio ___ Información sobre el VIH
___ Información relacionada con la siguiente lesión o condición: _____

La información de salud mental que se compartirá consiste de (marque todo lo que corresponda):

- ___ Planes de tratamiento ___ Evaluaciones Clínicas ___ Notas Clínicas ___ Evaluaciones psiquiátricas
___ Resúmenes ___ Notas de Tratamiento ___ Psicológica/Neuropsicológica
___ Evaluación/Historial Social ___ Evaluaciones ___ Registro de sesiones y Facturas
___ Expedientes que abarcan el periodo tiempo desde _____ a _____

La información sobre la educación a compartir consiste de (marque todo lo que corresponda):

- ___ Grados/Calificaciones/expedientes ___ IEPs/504 planes educativos/documentos de elegibilidad
___ Las evaluaciones psicológicas ___ Historial de Salud ___ Evaluación/Historial Social
___ Evaluaciones/Informes de Habla/Lenguaje ___ Información de asistencia tecnológica
___ Información de comportamiento/disciplina ___ Evaluaciones neuropsicológicas
___ Pruebas educacionales (evaluaciones locales y estatales) ___ Evaluaciones de terapia ocupacional/física/informes
___ Archivos que abarcan el período de tiempo de _____ a _____

La información sobre el abuso de sustancias para ser revelada consiste de (marque todas las que correspondan):

- ___ Historia de abuso de sustancias ___ Tratamiento, colocación asistencia y progreso
___ Plan de atención continua/Direcciones para dar de alta

Esta autorización es válida por un año y expirará el _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva por las acciones tomadas por el distrito escolar o el proveedor de atención de la salud en confianza sobre mi autorización y antes de darse cuenta de mi revocación. Entiendo que el no autorizar compartir los registros puede afectar negativamente a la programación educativa y/o tratamiento médico para mi hijo/a. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, no pueden ser protegidos por la Ley de Privacidad HIPAA, pero se convertirá en los registros de educación protegidas por los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad. También entiendo que si me niego a firmar, el negarme no va a interferir con la capacidad para que mi hijo/a obtenga atención médica. También entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros educativos y de desafiar sus contenidos.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

(Si el estudiante es mayor de 12 años de edad y la autorización es para la liberación de los registros de salud mental)

Firma del Testigo

Fecha