

STUDENT SERVICES
OCEANSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2080 MISSION AVENUE, OCEANSIDE CA 92058

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION TO SCHOOL DISTRICTS

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable health information, as set forth below, consistent with California and Federal laws (e.g., HIPAA) concerning the privacy of such information. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

USE AND DISCLOSURE INFORMATION:

Patient/Student Name: _____/_____
Last First MI Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize (name of agency and/or health care providers):

(1) _____ (2) _____
to provide health information from the above-named child's medical record to and from:

School District to which disclosure is made Address/City and State/Zip Code

Contact person at school district Area code and Telephone Number

The disclosure of health information is required for the following purpose:

Requested information shall be limited to the following: ☐ All health information; or ☐ Disease-specific information as described:

DURATION

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ (enter date) or for one year from the date of signature, if no date entered.

RESTRICTIONS

California law prohibits the Requestor from making further disclosure of my health information unless the Requestor obtains another authorization form from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

YOUR RIGHTS

I understand that I have the following rights with respect to this Authorization: I may revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to the health care agencies/persons listed above. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the Requestor or others have acted in reliance to this Authorization.

RE-DISCLOSURE

I understand that the Requestor (School District) will protect this information as prescribed by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and that the information becomes part of the student's educational record. The information will be shared with individuals working at or with the School District for the purpose of providing safe, appropriate, and least restrictive educational settings and school health services and programs.

I have a right to receive a copy of this Authorization. Signing this Authorization may be required in order for this student to obtain appropriate services in the educational setting.

APPROVAL:

Printed Name

Signature

Date

Relationship to Patient/Student

Area Code and Telephone Number

STUDENT SERVICES
OCEANSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2080 MISSION AVENUE, OCEANSIDE CA 92058

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A DISTRITOS ESCOLARES

El llenar este documento autoriza la divulgación y el uso de información médica que identifica a la persona, como se establece abajo, en conformidad con las leyes federales y del estado de California (p. ej. HIPPA) referentes a la confidencialidad de tal información. Esta autorización podría perder su validez si no se proporciona toda la información solicitada.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/alumno: _____ / ____ / ____
Apellido, Nombre Inicial Fecha de nacimiento
mes/día/año

Yo, el suscrito, por este medio autorizo a (nombre de la agencia, plan de salud y/o proveedores de cuidados de salud):

(1) _____ (2) _____
a proporcionar información del historial médico del niño(a) arriba mencionado a:

Distrito escolar al cual se da la información

Dirección / Ciudad y Estado / Zona Postal

Persona de contacto en el distrito escolar

Código de área y número de teléfono

La divulgación de información de salud se requiere con el propósito siguiente:

La información solicitada se limitará a: ☐ Toda la información de salud; ☐ Información específica de la enfermedad descrita a continuación:

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y continuará en vigor hasta _____ (anote la fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firma, si no se anotó la fecha.
mes/día/año

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante revelar más información sobre mi salud a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Estoy enterado que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: *Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y deberá ser enviada a las agencias del cuidado de la salud o las personas mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor inmediatamente que se reciba, pero no afectará las acciones previas que el Solicitante u otros hayan tomado basados en esta autorización.*

REDIVULGACIÓN:

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información tal como lo establece la Ley de Derechos Educativos y de Confidencialidad de la Familia (*FERPA*, por sus siglas en inglés), y que la información formará parte del expediente educativo del estudiante. Esta información se compartirá con personas que trabajen en o con el Distrito Escolar con el propósito de proveer un ambiente educativo, seguro, adecuado y lo menos restrictivo, así como servicios y programas de salud en la escuela.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. El firmar esta autorización puede ser requerido para que este estudiante reciba los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre con letra de molde

Firma

Fecha
(mes/día/año)

Relación con el paciente/ estudiante

Código de área y número de teléfono