



Unified School District of De Pere
 1700 Chicago Street, De Pere, WI 54115
 Phone: (920) 337-1032
 Fax: (920) 337-1033

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Student information	Person Authorized to Consent
Name:	Name:
Date of Birth:	Relationship to Student:
Address:	Address & Phone Number:

This consent authorizes the Unified School District of De Pere to release and receive information from the following:

Name of agency, provider, or individual:
Address:
Phone/Fax/Email:

<p>Specific Information to be Disclosed (check all that apply):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Educational Records (attendance, discipline, suicide risk, and threat assessments) <input type="checkbox"/> Individual Education Plans/504 plans <input type="checkbox"/> Medical Records Pertaining to Diagnostic and Treatment Records <input type="checkbox"/> Medical Records Pertaining to Progress Notes and Discharge Summaries <input type="checkbox"/> Mental Health Diagnostic and Treatment Records <input type="checkbox"/> Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech & Language Records <input type="checkbox"/> Alcohol & Other Drug Evaluation and Treatment Records <input type="checkbox"/> Human Service and Juvenile Court Records <input type="checkbox"/> Other _____ 	<p>Purpose for Release of Information (check all that apply):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coordination/Continuation of Care including phone consultation <input type="checkbox"/> Educational Evaluation <input type="checkbox"/> School Related Health Planning <input type="checkbox"/> Request of Student and/or Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Transfer of Education Records <input type="checkbox"/> Other: _____
---	---

Please review and acknowledge your understanding of your rights with respect to this authorization:

I have reviewed this form and I understand and acknowledge that:
 By signing this consent for release of confidential information, I am confirming that I understand the following:
 My records may be protected under State and Federal Regulations governing confidentiality.

- Education – Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) 20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Part 99
- Mental Health – Sec. 51.30, Wis. Stats. & HFS 92, Wis. Admin. Code
- Alcohol & Other Drug Abuse – 42 CFR, Part 2; Sec. 51.30, Wis. Stats. & HFS 92, Wis. Admin. Code
- Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), 45 CFR, pts 160 & 164

Right to Copy and Inspect: I have a right to receive a copy of this release and to inspect/receive a copy of materials to be disclosed by this form.
Redisclosure Notice: The information that I authorize to be released may be redisclosed by the recipient of the records only if allowed by law. If information is disclosed, the recipient of the redisclosed information may be controlled by different laws. I recognized that these records, once reviewed by the school district, may not be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) and may become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) with additional protection afforded by Wisconsin Statutes 118.25 (2m)(a)(b) and 146.82 – 146.83.

Right to Revoke: I have a right to revoke this authorization at any time understanding that it will not impact information that has already been released. A request to revoke this release must be made in writing and provided to the Unified School District of De Pere.

Voluntary Consent: My consent to the release of the confidential records described above is voluntarily given. Refusal to sign this authorization will not affect my right to receive educational services. I am under no obligation to sign this form, and my refusal to sign will not affect treatment, enrollment, or benefits for me or my child (if applicable).

Expiration: This authorization is valid for one year from the date of signature unless otherwise indicated here: _____.
 This authorization is valid for one year, and covers records created after I sign this form, unless I revoke the form sooner by indicating a specific date. I may revoke this authorization, in writing, at any time. However, the revocation will not affect disclosures that occur before my revocation.

I acknowledge that I have had an opportunity to review and ask questions about this form and that I understand the content of this authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes. A copy of this form is as effective as the original.

I hereby authorize disclosure of records to the named persons or entities, as specified above.	
Signature -Parent/Guardian or Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure	Date Signed
Signature -Minor Student (only if legally required)	Date Signed



Districto Escolar Unificado de De Pere
1700 Chicago Street, De Pere, WI 54115
Teléfono: (920) 337-1032
Fax: (920) 337-1033

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Información del estudiante	Persona autorizada para dar su consentimiento
Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Relación con el estudiante:
DIRECCIÓN:	Dirección y número de teléfono:

Este consentimiento autoriza al Distrito Escolar Unificado de De Pere a liberar y recibir información de lo siguiente:

Nombre de la agencia, proveedor o individuo:
DIRECCIÓN:
Teléfono/Fax/Correo electrónico:

Información específica que se divulgará (marque todo lo que corresponda):	Propósito de la divulgación de información (marque todo lo que corresponda):
<input type="checkbox"/> Registros educativos (evaluaciones de asistencia, disciplina, riesgo de suicidio y amenazas)	<input type="checkbox"/> Coordinación/continuación de la atención, incluida la consulta telefónica
<input type="checkbox"/> Planes de educación individuales/planes 504	<input type="checkbox"/> Evaluación Educativa
<input type="checkbox"/> Registros médicos relacionados con registros de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Planificación de salud relacionada con la escuela
<input type="checkbox"/> Registros médicos relacionados con notas de progreso y resúmenes de alta médica	<input type="checkbox"/> Solicitud del Estudiante y/o Padre/Tutor
<input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico y tratamiento de salud mental	<input type="checkbox"/> Transferencia de registros educativos
<input type="checkbox"/> Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Registros del Habla y Lenguaje	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Registros de evaluación y tratamiento de alcohol y otras drogas	
<input type="checkbox"/> Registros de servicios humanos y tribunales de menores	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Revise y reconozca que comprende sus derechos con respecto a esta autorización:

He revisado este formulario y entiendo y reconozco que:

Al firmar este consentimiento para la divulgación de información confidencial, confirmo que entiendo lo siguiente:

Mis registros pueden estar protegidos según las regulaciones estatales y federales que rigen la confidencialidad.

- Educación – Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) 20 U.S.C. artículo 1232g; 34 CFR Parte 99
- Salud Mental – Sec. 51.30, estadísticas de Wisconsin. & HFS 92, Wisconsin Admin. Código
- Abuso de alcohol y otras drogas – 42 CFR, Parte 2; Segundo. 51.30, estadísticas de Wisconsin. & HFS 92, Wisconsin Admin. Código
- Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 CFR, puntos 160 y 164

Derecho a copia e inspección: Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y a inspeccionar/recibir una copia de los materiales que se divulgarán mediante este formulario.

Aviso de nueva divulgación: La información que autorizo que se divulgue puede ser divulgada nuevamente por el destinatario de los registros solo si está permitido por ley. Si se divulga información, el destinatario de la información divulgada nuevamente puede estar controlado por leyes diferentes. Reconozco que estos registros, una vez revisados por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPPA) y pueden convertirse en registros educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) con protección adicional brindada por Estatutos de Wisconsin 118.25 (2m)(a)(b) y 146.82 – 146.83.

Derecho a revocar: Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento entendiendo que no afectará la información que ya ha sido divulgada. Una solicitud para revocar esta autorización debe hacerse por escrito y entregarse al Distrito Escolar Unificado de De Pere.

Consentimiento voluntario: Mi consentimiento para la divulgación de los registros confidenciales descritos anteriormente se otorga voluntariamente. Negarme a firmar esta autorización no afectará mi derecho a recibir servicios educativos. No tengo ninguna obligación de firmar este formulario y mi negativa a firmar no afectará el tratamiento, la inscripción o los beneficios para mí o mi hijo (si corresponde).

Vencimiento: Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que aquí se indique lo contrario: _____.

Esta autorización es válida por un año y cubre los registros creados después de que firmo este formulario, a menos que revoco el formulario antes indicando una fecha específica. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no afectará las divulgaciones que ocurran antes de mi revocación.

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre este formulario y que entiendo el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con precisión mis deseos. Una copia de este formulario es tan efectiva como el original.

Por la presente autorizo la divulgación de registros a las personas o entidades nombradas, como se especifica anteriormente.

Firma-Padre/tutor u otra persona legalmente autorizada para dar consentimiento a la divulgación	Firmado en (fecha)
Firma-Estudiante menor (sólo si es legalmente requerido)	Firmado en (fecha)

