GUILFORD County Schools
SOAR TO GREATNESS

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF STUDENT'S EDUCATIONAL RECORDS TO HEALTH PROVIDERS

I hereby request and authorize that the Guilford County Schools disclose the following records and/or information to the below listed health/mental health providers and waive any protections that the Family Educational Rights and Privacy Act ("FERPA") or other laws regarding confidentiality provide regarding the production of these records for this limited purpose of permitting them to be produced to the listed medical/mental health care services which provide to the Patient any type of health care ("Provider" or "Providers"). I am authorized to permit disclosure, as indicated below:

Patient. Patient Name: _____, Birth Date: _____

Authorized Information. The information to be disclosed and/or discussed ("Authorized Information") is:

_____Unlimited Disclosure	____Vision, Testing Results	_____ADHD Reports
_____Social Developmental History	____Exceptional Children's Service Records	_____Speech/Language Testing
_____Hearing/Audiological	____Records pertaining to Behavioral Incidents	
_____Current Medications	____Educational Records	Other_____

Unlimited Disclosure means any and all information and records related to the Patient, including any and all such information that relates to the past, present, or future education or physical or mental health or condition of the Patient; the provision of educational services to the Patient, and including such information in any form, ***whether paper hard copy, electronic copy, verbal communication, or other***.

Party Receiving the Disclosure: Providers are requested and authorized to disclose and discuss Authorized Information to and with the party listed below ***if and whenever the party may request Authorized Information for any reason whatsoever***:

Providers for the Patient:

I also authorize the Providers and representatives of GCS to discuss the patient and the patient's records by telephone or in person and to share copies of relevant records as appropriate.

Purpose of Disclosure. For matter's concerning, relating to, or arising out of school activities of the Patient.

Expiration. This authorization expires on _____ unless validly revoked prior to that date.

Additional Matters. I understand that:

- This authorization includes any Authorized Information that concerns a communicable disease or condition (including HIV, AIDS, AIDS-related conditions, and sexually transmitted disease), drug or alcohol abuse, or mental illness, developmental disability, or substance abuse (including information governed by G.S. 130A-134, G.S. 122C-52, or 42 CFR, Part 2).
- The authorization extends to Authorized Information that Provider obtained from other sources.
- The potential exists that the Authorized Information disclosed might be re-disclosed by the recipient and also might be no longer protected by law, including by federal privacy laws.
- Provider may not condition treatment of the Patient on whether I sign this authorization, and I may refuse to sign this authorization.
- Authorized Information does not include "psychotherapy notes" as that term is defined by HIPAA.
- I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that a Provider has already taken action in reliance on this authorization. A revocation must be actually delivered to a Provider to be effective.

I voluntarily and knowingly execute this Authorization, understanding that I have all authority not to execute it if I so desire.

_____ _____
Signature of Patient's Personal Representative Date:

_____
Representative's Printed Name

_____
Description of Representative's Authority to Act for Patient

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE
A LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE GUILFORD

Por la presente, solicito y autorizo que cualquiera y todos los proveedores de atención de la salud, incluyendo médicos, otros practicantes y entidades de atención de la salud, que pudieran haber provisto, puedan proveer o provean en el futuro al Paciente cualquier tipo de atención de la salud ("Proveedor" o "Proveedores") a que entreguen y que conversen sobre la información médica individualmente identificada y otra información relacionada con el Paciente, por quien estoy autorizado a permitir la entrega, según se indica a continuación:

Paciente. Nombre del paciente: _____ , fecha de nacimiento: _____

Información autorizada. La información que se puede entregar y/o sobre la que se puede conversar ("Información Autorizada") es:

_____Entrega sin límite	____Visión, Resultados de prueba	_____Reportes de ADHD
_____Historia de desarrollo social	____Registros de servicios a niños excepcionales	_____Pruebas del habla/lenguaje
_____Audición/audiológica	____Evaluaciones médicas	_____Medicamentos actuales
____Evaluaciones de salud	Otra_____	

Entrega sin límite significa cualquiera y toda la información de salud y registros relacionados con el Paciente, incluyendo cualquiera y toda dicha información que se relacione con la condición o salud mental o física del Paciente en el pasado, presente o futuro; la provisión de atención de la salud al Paciente, o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención de la salud al Paciente; e incluyendo dicha información en cualquier forma, ***sea impresa en papel, copia electrónica, comunicaciones verbales, u otra.***

Parte que recibe la entrega: Se solicita y autoriza a los Proveedores a entregar y conversar sobre la Información Autorizada con la parte listada más abajo ***si y cuando la parte pueda solicitar Información Autorizada por cualquier razón***:

Educadores y Administradores de las Escuelas del Condado de Guilford que atienden o diseñan servicios educacionales para el Paciente:

También autorizo a los proveedores a conversar sobre el paciente y los registros del paciente al personal de las GCS por teléfono o en persona y a compartir copias de los registros relevantes según sea apropiado.

Propósito de la entrega. Para cuestiones sobre, o relacionadas o que surjan de actividades escolares del Paciente.

Vencimiento. Esta autorización vence el _____ a menos que sea válidamente cancelada antes de dicha fecha.

Cuestiones adicionales. Entiendo que:

- Esta autorización incluye cualquier Información Autorizada que se relacione con una enfermedad o condición comunicable (incluye VIH, SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA y enfermedades transmitidas sexualmente), abuso de drogas o alcohol, o enfermedad mental, discapacidad de desarrollo o abuso de sustancias (incluyendo información regida por los Estatutos Generales 130A-134, Estutos Generales 122C-52, o la Parte 2 de la Sección 42 del Código de Reglamentos Federales).
- La autorización se extiende a la Información Autorizada que el Proveedor obtuvo de otras fuentes.
- Existe el potencial de que la Información Autorizada pueda ser entregada de nuevo por el destinatario y también que deje de estar protegida por la ley, incluyendo las leyes de privacidad federal.
- El proveedor no puede condicionar el tratamiento del Paciente sobre si firma esta autorización y yo puedo rehusar firmar esta autorización.
- La Información Autorizada no incluye "apuntes de psicoterapia" según el término es definido en la HIPAA.
- Puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que un Proveedor ya haya tomado medidas usando esta autorización. Una cancelación debe ser entregada al Proveedor para que entre en vigencia.
  Voluntariamente y con conocimiento, ejecuto esta Autorización, con el entendimiento de que tengo toda la autoridad para no ejecutarla si así lo deseo.

_____ _____
Firma del representante personal del paciente Fecha:

_____
Nombre del representante en letra de molde

_____
Descripción de la autoridad del representante para representar al paciente