AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF STUDENT'S HEALTH INFORMATION TO THE GUILFORD COUNTY SCHOOLS

I hereby request and authorize any and all health care providers, including physicians, other practitioners, and health care entities, who may have provided, may be providing, or may hereafter provide to the Patient any type of health care ("Provider" or "Providers") to disclose and discuss the individually identifying health information and other information concerning the Patient, for whom 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	_____Medical Evaluations	_____Current Medications
_____Health Evaluations	Other_____	

Unlimited Disclosure means any and all health information and records related to the Patient, including any and all such information that relates to the past, present, or future physical or mental health or condition of the Patient; the provision of health care to the Patient, or the past, present, or future payment for the provision of health care 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***:

Educators and Administrators of the Guilford County Schools Serving or Designing Educational Services for the Patient:

I also authorize the providers to discuss the patient and the patient's records with GCS personnel 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

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE AUX ÉCOLES DU COMTÉ DE GUILFORD

Par la présente, je demande et autorise tous les prestataires de soins de santé, y compris les médecins, les autres praticiens et les entités de soins de santé, qui ont pu fournir, peuvent fournir et fourniront au patient tout type de soins de santé (« Prestataire » ou « Prestataires ») à divulguer et à discuter des informations relatives à la santé identifiant individuellement et des autres informations concernant le Patient, pour qui je suis autorisé à autoriser la divulgation, comme indiqué ci-dessous :

Patient. Nom du patient :_____, Date de naissance : _____

Informations autorisées. Les informations à divulguer et / ou à discuter (« Informations autorisées ») sont :

_____Divulgation illimitée
_____ Rapports TDAH
_____Records de service exceptionnels pour enfants
_____Ouïe/Audiologique
_____Médication actuelle
_____Vision, résultats de tests
_____Historique du développement social
_____Test relatif à l'expression orale et au language
_____ Évaluations médicales
_____Évaluations de l'état de santé
Autres_____

Divulgation illimitée signifie toute information sur la santé et tous les dossiers liés au patient, y compris toute information relative à la santé ou à l'état physique ou mental passé, présent ou futur du patient ; la fourniture de soins de santé au patient, ou le paiement passé, présent ou futur pour la fourniture de soins de santé au patient ; incluant ces informations sous quelque forme que ce soit, ***qu'il s'agisse d'une copie papier, électronique, d'une communication verbale ou autre***.

Partie recevant les informations divulgées : Les prestataires sont priés et autorisés à divulguer les informations autorisées et à en discuter avec la partie mentionnée ci-dessous, ***si et à n'importe quel moment, la partie demande des informations autorisées pour quelque raison que ce soit*** :

Les éducateurs et administrateurs des écoles du comté de Guilford offrant ou concevant des services éducatifs pour le patient :

J'autorise également les prestataires à discuter par téléphone ou en personne avec les membres du personnel des Écoles du comté de Guilford (GCS) du patient et de ses dossiers, et à partager des copies des dossiers pertinents, le cas échéant.

Objet de la divulgation. Pour les affaires concernant, liées ou découlant des activités scolaires du Patient.

Expiration. Cette autorisation expire le _____ sauf révocation valable avant cette date.

Autres. Je comprends que :

- Cette autorisation inclut toute information autorisée concernant une maladie ou un trouble transmissible (y compris le VIH, le sida, des maladies liées au sida et toute maladie sexuellement transmissible), un abus de drogue ou d'alcool, une maladie mentale, une déficience intellectuelle ou une toxicomanie (y compris les informations régies par G.S. 130A-134, G.S. 122C-52, or 42 CFR, Partie 2).
- L'autorisation s'étend aux informations autorisées que le Prestataire a obtenues auprès d'autres sources.
- Il est possible que les informations autorisées divulguées soient à nouveau divulguées par le destinataire et ne soient plus protégées par la loi, y compris par les lois fédérales sur la protection de la vie privée.
- La signature de cette autorisation ne représente pas une condition pour le Prestataire au regard du traitement du patient et je peux refuser de signer cette autorisation.
- Les informations autorisées ne comprennent pas les « notes relative à une psychothérapie » telles que définies par la loi HIPAA.
- Je peux révoquer cette autorisation par écrit à tout moment, sauf si un Prestataire a déjà pris des mesures fondées sur cette autorisation. Une révocation doit avoir été fournie à un Prestataire pour être valide.

J'accorde cette autorisation volontairement et en connaissance de cause, sachant que j'ai la possibilité de ne pas l'accorder, si je le souhaite.

_____ _____
Signature du représentant personnel du patient Date

_____
Nom en toutes lettres du représentant

_____
Description du pouvoir du représentant d'agir pour le patient