

Administrative Center · 800 Game Farm Road · Yorkville, Illinois 60560 · 630-553-4382 · y115.org

Consent for Communication and Disclosure of School Student Records and Information Including Mental Health and Developmental Disability Information

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

I hereby grant my consent to Yorkville Community Unit School District No. 115 to disclose and communicate regarding any and all of the information set forth below to the below identified recipient:

Recipient: _____
Address: _____
Phone: _____
Email: _____

Information to be disclosed to/from recipient:

1. The complete student records for the above-named student, including but not limited to any documents created by Yorkville Community Unit School District No. 115 pursuant to the *Illinois School Student Records Act*, 105 ILCS 10/1 *et seq.*
2. All documents and communications from a therapist, doctor, or hospital, which may be deemed mental health records under the *Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act*, 740 ICS 110/1 *et seq.*

The purpose for this disclosure is for _____

I understand I have the right to inspect, copy, and challenge the information to be disclosed pursuant to this consent. If I do not grant this consent, these records will not be released, but I will not suffer any other consequences. This consent is valid for one calendar year from the date set forth below and may be revoked at any time in writing.

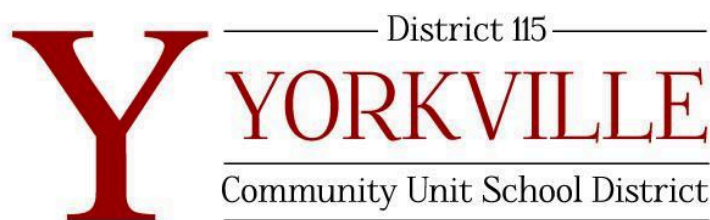
Parent/Guardian Signature Date

Witness Signature

Student Signature Date

Witness Signature

Note: If only records and information pursuant to ISSRA are being exchanged, only the signature of the parent/guardian is required. If mental health records and information pursuant to the MHDDCA are being exchanged, only the parent's/guardian's signature is needed if the student is under age 12. If the student is between ages 12 and 18, both the parent's/guardian's and student's signature are needed. If the student is age 18 or over, only the student's (or if the student has been judged to be incapacitated by a court, the guardian's) signature is required.



Administrative Center · 800 Game Farm Road · Yorkville, Illinois 60560 · 630-553-4382 · y115.org

Consentimiento para la Comunicación y Divulgación de Registros e Información Escolar del Estudiante, Incluyendo Información sobre Salud Mental y Discapacidad del Desarrollo

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de: _____

Por la presente otorgo mi consentimiento al Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria de Yorkville N.º 115 para divulgar y comunicarse respecto a toda la información que se detalla a continuación con el destinatario identificado más abajo:

Destinatario: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Información que debe divulgarse al/de parte del destinatario:

1. Los expedientes completos del estudiante mencionado anteriormente, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier documento creado por el Distrito Escolar Comunitario No. 115 de Yorkville conforme a la Ley de Registros Escolares de Estudiantes de Illinois, 105 ILCS 10/1.
2. Todos los documentos y comunicaciones de un terapeuta, médico u hospital que puedan considerarse registros de salud mental conforme a la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois, 740 ILCS 110/1.

El propósito de esta divulgación es para _____

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar, copiar y cuestionar la información que será divulgada conforme a este consentimiento. Si no otorgo este consentimiento, estos registros no serán divulgados, pero no sufriré ninguna otra consecuencia. Este consentimiento es válido por un año escolar a partir de la fecha indicada y puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

Firma del padre/madre o tutor(a) Fecha

Firma del testigo

Firma del estudiante Fecha

Firma del testigo

Nota: Si solo se intercambian registros e información conforme a la Ley de Registros Escolares de Estudiantes de Illinois (ISSRA), solo se requiere la firma del padre/madre o tutor(a). Si se intercambian registros e información de salud mental conforme a la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (MHDDCA), solo se necesita la firma del padre/madre o tutor(a) si el estudiante es menor de 12 años. Si el estudiante tiene entre 12 y 18 años, se requiere tanto la firma del padre/madre o tutor(a) como la del estudiante. Si el estudiante tiene 18 años o más, solo se requiere la firma del estudiante (o, si el estudiante ha sido declarado incapacitado por un tribunal, la firma del tutor legal).