



PERMISSION TO OBTAIN AND RELEASE INFORMATION

Pupil Name: _____ Date of Birth: _____

Step 1: AUTHORIZE RELEASE OF PROTECTED INFORMATION

Please check the appropriate box(es) to indicate information to be communicated to/from WCSD.

☐ From Waunakee Community School District to Clinic/Provider	☐ To Waunakee Community School District from Clinic/Provider										
<table border="1"><tr><td>Clinic/Provider</td><td></td></tr><tr><td>Street Address</td><td></td></tr><tr><td>City/State/Zip</td><td></td></tr><tr><td>Phone</td><td></td></tr><tr><td>Fax</td><td></td></tr></table>	Clinic/Provider		Street Address		City/State/Zip		Phone		Fax		Waunakee Community School District ATTN: _____ 905 Bethel Circle Waunakee, WI 53597 Fax: _____
Clinic/Provider											
Street Address											
City/State/Zip											
Phone											
Fax											

Step 2: PURPOSE OF DISCLOSURE

Why is this information being shared? (Check all that apply)

☐ Education Programming and Service	☐ Transition Planning
☐ School-Related Safety Needs	☐ At the Request of: _____
☐ Health Information/Coordination of Care	☐ Other: _____

Step 3: INFORMATION TO BE DISCLOSED

Select specific records to be shared.

☐ Progress/ Academic Records	☐ IEP/Evaluation Reports	☐ Attendance Records
☐ Behavioral Records	☐ Therapy (PT/OT/SL) Reports	☐ Health Care Records
☐ Mental Health/Psychological Records	☐ HIV (AIDS) Test Results/Records	☐ Drug/Alcohol Abuse or Test Results
☐ Sexually Transmitted Disease (STD) Information	☐ Other: _____	
Date Range of Records Requested (if applicable): _____		



Step 4: HOW INFORMATION WILL BE SHARED

Select how you would like information to be shared.

☐ Written Communication	☐ Verbal Disclosure	☐ Email	☐ Fax
--	--	--------------------------------	------------------------------

Step 5: YOUR RIGHTS AND SIGNATURE

A copy of this form is as effective as the original. I certify that I am the parent, legal guardian, or personal representative of the above-named pupil, or that I am the pupil of appropriate age, and have the authority to sign this authorization.

- **Voluntary:** This authorization is voluntary. Refusal to sign will not affect your child's eligibility for services or health care.
- **Right to Revoke:** You may revoke this permission in writing at any time, except for information already released.
- **Expiration:** Unless otherwise specified, this form is valid for **one year** from the date of signature. _____
- **Redisclosure:** Once information is shared with the District, it may become an education record protected by FERPA and may no longer be protected by HIPAA.

Per state statute 118.125 (2m)(a)(b) and 146.82-147.83

Signature (Parent/Guardian or Student if 18+): _____

Date: _____

Printed Name: _____

Relationship to Student: _____

Student Signature (Age 14–17 for specific records): _____

☐ Check here if you are requesting a copy of education records disclosed by the Waunakee Community School District (a fee for education record copies may be imposed)

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Paso 1: AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Por favor, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la información que desea que se le comunique o que se le envíe al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee.

☐ Del Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee a la Clínica/Proveedor		☐ Al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee de parte de la Clínica/Proveedor	
Clínica/Proveedor		Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee ATENCIÓN: _____ 905 Bethel Circle Waunakee, WI 53597 Fax: _____	
Dirección			
Ciudad / Estado / Código Postal			
Teléfono			
Fax			

Paso 2: PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

¿Por qué se comparte esta información? (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ Programas y servicios educativos	☐ Planificación de la transición
☐ Necesidades de seguridad relacionadas con la escuela	☐ A petición de: _____
☐ Información sobre la salud/Coordinación del cuidado	☐ Otra: _____

Paso 3: INFORMACIÓN A DIVULGAR

Seleccione los registros específicos que desea compartir.

☐ Progreso/Expedientes Académicos	☐ Plan de Educación Individualizado (IEP)/Informes de Evaluación	☐ Registros de Asistencia
☐ Registros de Conducta	☐ Informes de Terapia (F/TO/HL)	☐ Expedientes Médicos
☐ Registros de Salud Mental/Psicológicos	☐ Registros/Resultados de pruebas de VIH (SIDA)	☐ Abuso de Drogas/Alcohol o Resultados de Pruebas

☐ Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	☐ Otro: _____
Rango de fechas de los registros solicitados (si corresponde): _____	

Paso 4: CÓMO SE COMPARTIRÁ LA INFORMACIÓN

Seleccione cómo desea que se comparta la información.

☐ Comunicación escrita	☐ Divulgación verbal	☐ Correo electrónico	☐ Fax
---	---	---	------------------------------

Paso 5: SUS DERECHOS Y FIRMA

Una copia de este formulario tiene la misma validez que el original. Certifico que soy el padre, madre, tutor legal o representante personal del estudiante mencionado anteriormente, o que soy el estudiante y tengo la edad requerida y estoy facultado para firmar esta autorización.

- **Voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. La negativa a firmar no afectará la elegibilidad de su hijo/a para recibir servicios o atención médica.
- **Derecho de revocación:** Puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento, salvo en el caso de la información que ya se haya divulgado.
- **Vencimiento:** A menos que se especifique lo contrario, este formulario es válido por **un año** a partir de la fecha de la firma.. _____
- **Divulgación posterior:** Una vez que la información se comparte con el Distrito, puede convertirse en un registro educativo protegido por FERPA y puede que ya no esté protegido por HIPAA.

Según los estatutos estatales 118.125 (2m)(a)(b) y 146.82-147.83

Firma (padre/madre/tutor legal o del estudiante si tiene 18 años o mayor): _____

Fecha: _____

Nombre con letra de molde: _____

Relación con el estudiante: _____

Firma del estudiante (de 14–17 años de edad para registros específicos): _____

- ☐ Marque esta casilla si solicita una copia de los registros educativos divulgados por el Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee (es posible que se aplique una tarifa por las copias de los expedientes educativos).