

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION TO AND FROM SCHOOLS

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable health information, as set forth below, consistent with California and Federal laws (e.g., HIPAA) concerning the privacy of such information. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

USE AND DISCLOSURE INFORMATION:

Patient/Student Name: _____
Last First MI Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize (name of health care provider, health plan and/or agency): _____

to provide health information from the above-named child's medical record to and from: _____

School to Which Disclosure is Made Address / City and State / Zip Code

Contact Person at School District Telephone and Fax Number

Disclosure of health information is required for the following purpose: _____

Requested information shall be limited to the following:

☐ All minimum necessary health information; **or** ☐ Disease-specific information as described: _____

DURATION:

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ **(enter date)**
or for one year from the date of signature, if no date entered.

RESTRICTIONS:

California law prohibits the Requestor from making further disclosure of my health information unless the Requestor obtains another authorization form from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

PARENT/GUARDIAN RIGHTS:

I understand that I have the following rights with respect to this Authorization: I may revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to the health care agencies/persons listed above. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the Requestor or others have acted in reliance to this Authorization.

STUDENT RIGHTS:

Students between the ages of 12 and 18 years must sign this form in order to approve the disclosure of information relating to mental health and family planning issues.

RE-DISCLOSURE:

I understand that the Requestor (School District) will protect this information as prescribed by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and that the information becomes part of the student's educational record. The information will be shared with individuals working at or with the School District for the purpose of providing safe, appropriate, and least restrictive educational settings and school health services and programs.

I have a right to receive a copy of this Authorization. Signing this Authorization may be required in order for this student to obtain appropriate services in the educational setting.

APPROVAL:

Parent Printed Name Parent Signature Date

Relationship to Patient/Student Area Code and Telephone Number

Student Printed Name Student Signature Date

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A Y DESDE LAS ESCUELAS

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de información médica que permita identificar a una persona tal como se establece a continuación, de conformidad con las leyes de California y federales (por ejemplo, la ley HIPAA) relativas a la privacidad de dicha información. Si no se proporciona toda la información solicitada, esta autorización podría quedar invalidada.

INFORMACIÓN SOBRE EL USO Y LA DIVULGACIÓN:

Nombre paciente/estudiante:

Apellido

Nombre

Inicial
segundo
nombre

Fecha nacimiento

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre del proveedor de atención médica, plan de salud y/o agencia):

a proporcionar información de salud del expediente médico del estudiante mencionado anteriormente a y desde:

Escuela a la que se divulga la información

Dirección / Ciudad y estado / Código postal

Nombre del contacto en el distrito escolar

Número de teléfono y fax

La divulgación de la información médica es necesaria para el siguiente propósito:

La información solicitada se limitará a lo siguiente:

☐ Toda la información médica mínima necesaria; o ☐ Información de una enfermedad específica, según descrito:

VIGENCIA:

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta o durante un año a partir de la fecha de firma, si no se ha indicado ninguna fecha.

(indicar fecha)

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante divulgar más información sobre mi salud a menos que obtenga otro formulario de autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

DERECHOS DE LOS PADRES /TUTORES:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre, y entregarse a las instituciones o personas de atención médica mencionadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigor al momento de su recepción, pero no tendrá efecto en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización.

DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES:

Los estudiantes de entre 12 y 18 años deben firmar este formulario para autorizar la divulgación de información relacionada con temas de salud mental y planificación familiar.

REDIVULGACIÓN:

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo establecido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y que la información pasará a formar parte del expediente educativo del estudiante. La información se compartirá con personas que trabajen en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, apropiados y lo menos restrictivos posible.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Es posible que se requiera firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre del padre/madre en letra de imprenta

Firma del padre/madre

Fecha

Relación con el paciente/estudiante

Código de área y número de teléfono

Nombre del estudiante en letra de imprenta

Firma del estudiante

Fecha