

FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

MONIKA HAZEL | SUPERINTENDENT



Authorization for use or Disclosure of Health Information to School Districts

Completion of this document authorized the disclosure and/or use of individually identifiable health information, as set forth below, consistent with Federal laws (including HIPPA) 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 agency and / or health care providers):

1) _____ 2) _____
to provide health information from the above-named child's medical record to and from:

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

Contact Person at School District Area Code and Telephone Number

The disclosure of health information is required for the following purpose:

Requested health information shall be limited to the following: All health information or
Disease specific information as described:

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ or for one year from the date of signature, if no dated entered.

Restrictions: 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.

Your 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.**

Re-Disclosure: I understand that the Requestor (School District) will protect this information as prescribed by the Family Equal Rights Protection 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 the Authorization. Signing this Authorization may be required in order for this student to obtain appropriate services in the educational setting.

Approval:

Printed Name Signature Date

Relationship to Patient / Student Area Code and Telephone Number



Autorización de uso o Divulgación de información de salud a los distritos escolares

La finalización de este documento autorizó la divulgación y / o el uso de información de salud individualmente identificable, como se establece a continuación, en conformidad con las leyes federales (incluida HIPPA) con respecto a la privacidad de dicha información. La falta de proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Información de uso y divulga

Nombre del paciente / estudiante: _____ / _____
Apellido Primer Segundo Nombre Fecha de nacimiento

Yo, el abajo firmante, autorizo (nombre de la agencia y / o proveedores de atención médica):

1) _____ 2) _____
para proporcionar información de salud del registro médico del niño arriba y desde y hacia:

Distrito escolar donde se realiza la divulgación Dirección / Ciudad y Estado / Código postal

Persona de contacto en el Distrito Código de área y número de teléfono

La divulgación de información de salud es necesaria para el siguiente propósito:

La información de salud solicitada se limitará a lo siguiente: Toda la información de salud o Información específica de la enfermedad como se describe:

Duración: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se ingresó la fecha.

Restricciones: La ley prohíbe que el Solicitante divulgue más mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga de mí otro formulario de autorización o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Sus derechos: Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: **puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a las agencias / personas de atención médica mencionadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otras personas hayan actuado en conformidad con esta Autorización.**

Re-Divulgación: Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según prescrito por la Ley de Protección de Derechos Iguales de la Familia (FERPA) y que la información se vuelve parte del registro educativo del estudiante. La información se compartirá con las personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos seguros, apropiados y menos restrictivos y servicios y programas de salud escolar.

Tengo derecho a recibir una copia de la Autorización. Es posible que se requiera la firma de esta Autorización para que este alumno obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

Aprobación:

Nombre en letra de molde Firma Fecha

Relación con el Paciente / Estudiante Código de área y el número de teléfono