



Haverhill Public Schools

AUTHORIZATION FOR EXCHANGE OF HEALTH AND EDUCATION INFORMATION

Patient / Student Name _____ Date of Birth _____

I hereby authorize _____ (health care provider and name)

and _____ (name and title of school official) to exchange

health and education information/records for the purpose listed below.

_____ (address & telephone of school/school district)

_____ (address & telephone number of healthcare

provider)

Description:

The health information to be disclosed consists of:

The education information to be disclosed consists of:

Purpose: This information will be used for the following purpose (s):

1. Educational evaluation and program planning
2. Health assessment and planning for health care services and treatment in school.
3. Medical evaluation and treatment
4. Other:

Authorization

This authorization is valid for one calendar year. It will expire on _____ (date). I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights to Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care.

Parent Signature Date

Student Signature* Date

*If a minor student is authorized to consent to healthcare without parental consent under federal or state law, only the student shall sign the authorization form. A competent minor depending in age can consent to outpatient mental health care, alcohol and drug abuse treatment, testing for HIV/AIDS, and reproductive health care services.

Copies: Parent or Student*

Physician or other healthcare provider releasing protected health information

School official requesting/receiving the protected information



Escuelas públicas de Haverhill

AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MEDICA Y EDUCATIVA

Nombre del Paciente/Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Yo autorizo a _____ (Nombre del proveedor de cuidado
médico)
y _____ (nombre y título del oficial escolar) para
intercambiar información / récords médicos y educativos con el propósito abajo indicado.

(dirección y teléfono de la escuela/distrito
escolar)

(dirección y teléfono del proveedor
médico)

Descripción:

La información médica a revelarse consistirá en:

La información educativa a revelarse consistirá en:

Propósito: Esta información será usada con el siguiente propósito(s):

- 1. Evaluación educativa y planificación del programa**
- 2. Evaluación médica y planificación para servicios médicos y tratamiento en la escuela.**
- 3. Evaluación y tratamiento médico.**
- 4. Otro:**

Autorización

Esta autorización es válida por un año escolar. Expira en _____ (fecha). Yo entiendo que yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento sometiendo por escrito el retiro de mi consentimiento. Reconozco que estos récords, una vez recibidos por el distrito escolar, no podrían estar amparados por el Reglamento de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en récords educativos amparados por el Acta de Derecho Educativo Familiar y de Privacidad. También entiendo que si yo rehúso firmar, tal rechazo no interferirá para que mi hijo /a obtenga cuidado médico.

Firma del Padre Fecha _____

Firma del estudiante* Fecha _____

*Si un estudiante menor de edad es autorizado a recibir cuidado médico sin el consentimiento del padre bajo las leyes federal o estatal, solamente el estudiante podrá firmar este formulario de autorización. Un menor apto, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir cuidado de salud mental, tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas, pruebas de HIV / SIDA, y servicios de salud reproductiva.

Copias: Padre o estudiante*

Doctor u otro proveedor de cuidado médico que divulgue información de salud amparada
Oficial escolar solicitando / recibiendo la información amparada.