

Authorization of Exchange of Information

PURPOSE: As a parent, guardian or student, you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies. This request provides you with the opportunity to approve or not approve such a request unless release of records is allowed under one of the exceptions under the rules implementing the Family Education Rights and Privacy Act, FERPA, (for example, transfer of records from one school district to another).

Student Name: _____ Date: _____

Student DOB: _____ School District: Toppenish School District #202

I hereby authorize the release of records...

From this Agency or Provider:

(Name of Agency)

(Street Address)

(City, State, Zip)

FAX: _____

Phone: _____

To: Toppenish School District #202
306 Bolin Dr
Toppenish, WA 98948

Attn: Jessica Bjur
Fax: (509) 865-2178
Phone: (509) 865-8262

Records: I authorize the following records be released:

____ Medical Records ____ Immunization History ____ Dental Exam/Treatment

____ Medication Administration Instructions ____ Other: _____

I understand that this information obtained will be treated in a confidential manner by the school district under provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. Please note that this request is for health or medical information, the medical information received by the district is protected under FERPA privacy standards by a school district and not the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

This Release shall be valid and binding from this date forward until expressly revoked by me in writing. The Toppenish School District is authorized to continue to furnish medical, dental, and immunization about my child for the date of this release forward until so revoked in writing.

Please Note: If confidential records include any of the following information, you must also complete the below section to

allow disclosure of these records. Special Records: I give my permission to release the following records (initial all that apply):

____ HIV/AIDS and STD test results, diagnosis or treatment records (RCW 70.24.105)

____ Mental health records (RCW 71.05.620) including:

____ Chemical Dependency (CD) records (42 CFR Part 2) including: Notice to those receiving information: If these records contain information about HIV, STDs, or alcohol or drug abuse, you may not further disclose that information under federal and state law without specific permission of the subject and meeting specific legal requirements.

I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at any time in writing. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release. I understand that once the health information I have authorized to be disclosed reaches the noted recipient, that person or organization may re-disclose it, at which time it may no longer be protected under Privacy laws.

Authorization by: _____ Relationship to Child: _____

Date Signed: _____ Telephone # (Include Area Code): _____

Autorización de Intercambio de Información

PROPÓSITO: Como padre, tutor o estudiante, tiene derecho a dar o no permiso para la divulgación de los registros de su hijo a otras personas o agencias. Esta solicitud le brinda la oportunidad de aprobar o no aprobar tal solicitud a menos que se permita la divulgación de registros bajo una de las excepciones bajo las reglas que implementan la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, FERPA, (por ejemplo, la transferencia de registros de una escuela distrito a otro).

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ School District: Toppenish School District #202

Por la presente autorizo la divulgación de registros ...

From this Agency or Provider:

(Name of Agency)

(Street Address)

(City, State, Zip)

FAX: _____

Phone: _____

To: Toppenish School District #202
306 Bolin Dr
Toppenish, WA 98948

Attn: Jessica Bjur

Fax: (509) 865-2178

Phone: (509) 865-8262

Registros: autorizo que se divulguen los siguientes registros:

____ Historial médicos ____ Historial de vacunación ____ Examen/tratamiento dental

____ Instrucciones de administración de medicamentos ____ Otro: _____

Entiendo que esta información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar según las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas. Tenga en cuenta que esta solicitud es para información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito está protegida por los estándares de privacidad de FERPA por un distrito escolar y no por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Este Relevo será válido y vinculante a partir de esta fecha en adelante hasta que yo lo revoque expresamente por escrito. El Distrito Escolar de Toppenish está autorizado a continuar brindando servicios médicos, dentales y de vacunación de mi hijo a partir de la fecha de este comunicado hasta que sea revocado por escrito.

Tenga en cuenta: si los registros confidenciales incluyen cualquiera de la siguiente información, también debe completar la siguiente sección para permitir la divulgación de estos registros. Registros especiales:

Doy mi permiso para divulgar los siguientes registros (ponga sus iniciales en todos los que correspondan):

____ Resultados de pruebas de VIH/SIDA y ETS, registros de diagnóstico o tratamiento (RCW 70.24.105)

____ Registros de salud mental (RCW 71.05.620) que incluyen:

____ Registros de dependencia química (CD) (42 CFR Parte 2), que incluyen: Aviso para quienes reciben información: si estos registros contienen información sobre el VIH, las ETS o el abuso de alcohol o drogas, no puede divulgar esa información conforme a las leyes federales y estatales sin autorización específica. permiso del sujeto y cumpliendo requisitos legales específicos.

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no se aplica a la información que ya se haya proporcionado bajo el consentimiento previo para su divulgación. Entiendo que una vez que la información de salud que autorice que se divulgue llegue al destinatario indicado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, momento en el cual es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Autorizado por: _____ Relación con el niño/a: _____

Fecha de firma: _____ Teléfono (Incluir código de área): _____