



HOLLAND PUBLIC SCHOOLS
Student Services
320 W. 24th street, Holland, Michigan 49423
Phone: (616) 494-2100 Fax: (616) 393-7676

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PERSONAL HEALTH INFORMATION

Student name

DOB

School Attending

As a parent or legal guardian, I authorize the release and exchange of personal health information:

Name of Organization/Individual

Address

Phone

FAX

City/State/Zip

☐ TO the individual/organization listed below

☐ FROM the individual/organization listed below

Name of Organization/Individual

Address

Phone

FAX

City/State/Zip

The following information may be disclosed, closure covering:

☐ Beginning of care through chart closure

☐ ONLY dates from _____ and _____.

☐ Medical Treatment Summary

☐ Mental Health Treatment Summary

☐ Psychological Testing/ Evaluation

☐ Psychiatric Evaluation

☐ Neurological Testing/Evaluation

☐ Social Work Notes/Evaluation

☐ Clinic Notes

☐ Immunization Records

☐ Records related to a specific problem of
social/emotional/behavioral/academic
functioning and attendance.

☐ Records related to a specific problem: _____

☐ The named parties may exchange ALL written and verbal information pertinent
to the coordination of care and therapy.

☐ The following information is excluded from release: _____

Purpose of Disclosure: Continued patient care and treatment.

I understand that my records are protected under federal and state laws and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided by law. I further understand that the specific type of information to be disclosed may include psychiatric, psychological and social service records (including communications made to a social worker, psychiatrist or psychologist indicated in my records), evaluation and treatment for physical, mental and/or emotional illness, drug and alcohol abuse information and information about communicable diseases and serious infections which include venereal disease, tuberculosis, hepatitis, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS(Acquired Immunodeficiency Syndrome) and ARC(AIDS Related Complex).

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I also understand that once the above information is disclosed by the recipient, it may be redisclosed and the information may not be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), but will be covered by the Family Educational Rights and Privacy Act which regulates redisclosure of the information by school districts.

This consent is valid for one year from the date signed. I understand that I may revoke this consent. Such a revocation will not affect information previously disclosed. The information is for the specific purpose stated above and may not be provided in whole or any part to any other agency or person.

Signature of Parent or Guardian

Witness Signature

Date

Date



HOLLAND PUBLIC SCHOOLS
Student Services
320 W. 24th street, Holland, Michigan 49423
Phone: (616) 494-2100 Fax: (616) 393-7676

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Asistencia a la escuela

Como padre o tutor legal, autorizo la divulgación e intercambio de información médica personal:

Nombre de la organización/individuo

Dirección

Teléfono

FAX

Código postal

☐ A la persona/organización que se indica a continuación

☐ DE la persona/organización que se indica a continuación

Nombre de la organización/individuo

Dirección

Teléfono

FAX

Código postal

La siguiente información puede ser divulgada, cubriendo el cierre:

☐ Comienzo de la atención hasta el cierre del expediente'

☐ SOLO fechas de _____ y _____.

☐ Resumen del tratamiento

☐ Resumen del tratamiento de salud mental

☐ Prueba/evaluación psicológica

☐ Evaluación psiquiátrica

☐ Pruebas/evaluación neurológicas

☐ Notas de Trabajo Social/Evaluación

☐ Notas de la clínica

☐ Registros de inmunización

☐ Registros relacionados con un problema específico de funcionamiento social/emocional/conductual/académico

☐ Documentos relacionados: _____

☐ Las partes nombradas pueden intercambiar TODA la información escrita y verbal pertinente a la coordinación de la atención y la terapia.

☐ La siguiente información está excluida de la publicación: _____

Propósito de la divulgación: atención y tratamiento continuos del paciente.

Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes federales y estatales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario. Además, entiendo que el tipo específico de información que se divulgará puede incluir registros psiquiátricos, psicológicos y de servicios sociales (incluidas las comunicaciones realizadas a un trabajador social, psiquiatra o psicólogo indicado en mis registros), evaluación y tratamiento de enfermedades físicas, mentales y/o emocionales, información sobre abuso de drogas y alcohol e información sobre enfermedades transmisibles e infecciones graves que incluyen enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y ARC (complejo relacionado con el SIDA).

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. También entiendo que una vez que el destinatario divulgue la información anterior, puede volver a divulgarse y es posible que la información no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), pero estará cubierta por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia que regula la divulgación de la información por parte de los distritos escolares.

Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento. Tal revocación no afectará la información previamente divulgada. La información es para el propósito específico indicado anteriormente y no puede ser proporcionado en su totalidad o en parte a cualquier otra agencia o persona.

Firma del tutor

Firma del testigo

Fecha

Fecha