



DISTRITO ESCOLAR DE VANCOUVER NO.37
 Vancouver, Washington
 Autorización y Consentimiento para Divulgar
 y/o Intercambiar Información Confidencial

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela actual del estudiante: _____

Solicitado por / Posición: _____

Por la presente, yo autorizo y doy consentimiento para que se divulgue y/o intercambie la siguiente información confidencial con relación al estudiante arriba mencionado: (Por favor indique todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Académica | <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Médica |
| <input type="checkbox"/> IEP actual | <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental (Evaluación/Tratamiento) | <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol | <input type="checkbox"/> Audiológica |
| <input type="checkbox"/> Declaración de que el estudiante reúne los requisitos para calificar para un IEP | <input type="checkbox"/> Habla/Lengua | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

PONGA SUS INICIALES EN LO SIGUIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

_____ Abuso de sustancias (incluyendo abuso de drogas y alcohol)

_____ Tratamiento de Salud Mental

_____ Enfermedades contagiosas (incluyendo enfermedades de transmisión sexual)

_____ Pruebas genéticas

_____ Información sobre VIH/ SIDA (incluyendo análisis relacionados con el SIDA)

Yo entiendo que esta autorización puede incluir abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol y drogas), tratamiento de salud mental, enfermedad contagiosa (incluyendo enfermedades de transmisión sexual), información sobre pruebas genéticas, y/o información de VIH (incluyendo análisis relacionados con el SIDA) pero solamente si mis iniciales aparecen arriba en la casilla apropiada, autorizando específicamente la divulgación de dicha información. Esta información se encuentra protegida por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR, Partes 160 y 164. Las reglas federales prohíben cualquier otra divulgación de esta información a no ser que toda otra divulgación sea expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que le corresponde o de acuerdo a lo permitido por 42 CFR Parte 2. Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigar criminalmente o llevar a juicio a un individuo por abuso de alcohol o drogas.

Esta información confidencial puede ser usada por la persona autorizada indicada abajo para servicios educativos u otros propósitos en la medida que yo instruya.

~ **Página siguiente** ~



VANCOUVER SCHOOL DISTRICT NO. 37
Vancouver, Washington
Authorization and Consent for Release
and/or Exchange of Confidential Information

Student: _____ DOB: _____ Grade: _____

Student's Present School: _____

Requested by / Position: _____

I hereby authorize and consent to the release and/or exchange of the following confidential information relative to the above named student: (check all that apply)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Academic | <input type="checkbox"/> Immunization | <input type="checkbox"/> Medical |
| <input type="checkbox"/> Current IEP | <input type="checkbox"/> Psychological | <input type="checkbox"/> Psychiatric |
| <input type="checkbox"/> Mental Health (Eval. /Treatment) | <input type="checkbox"/> Drug / Alcohol | <input type="checkbox"/> Audiological |
| <input type="checkbox"/> IEP Eligibility Statement | <input type="checkbox"/> Speech/Language | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

INITIAL BELOW FOR RELEASE OF THE FOLLOWING INFORMATION:

_____ Substance Abuse (including drug and alcohol abuse)

_____ Mental Health Treatment

_____ Communicable Diseases (including sexually transmitted diseases)

_____ Genetic Testing

_____ HIV / AIDS information (including AIDS related testing)

I understand that this authorization may include substance abuse (including alcohol and drug abuse), mental health treatment, communicable disease (including sexually transmitted diseases), genetic testing information, and/or HIV information (including AIDS related testing) but only if I place my initials on the appropriate box above, specifically authorizing the release of such information. This information is protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), 45 CFR, Parts 160 and 164. The Federal rules prohibit any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute an individual for alcohol or drug abuse.

This confidential information may be used by the person authorized below for educational services or other purposes as I may direct.

~ OVER ~



DISTRITO ESCOLAR DE VANCOUVER NO.37
Vancouver, Washington
Autorización y Consentimiento para Divulgar
y/o Intercambiar Información Confidencial

ESTA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SERÁ DIVULGADA A:

ATENCIÓN: _____

Teléfono: (_____) _____ / Fax: (_____) _____

Dirección: _____

De ser aplicable, esta información confidencial se intercambiará con:

Nombre: _____
(Indique el nombre de otro distrito o agencia)

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Propósito: _____

Yo entiendo que esta información usada o divulgada conforme a esta autorización puede que sea sujeta a volver a ser divulgada y puede que ya no esté protegida por la ley federal. No obstante, yo también entiendo que la ley federal o estatal puede que limite una nueva divulgación de la diagnosis de uso de droga/alcohol, información de tratamiento o referencia, salud mental, V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), enfermedad contagiosa y de pruebas genéticas. La confidencialidad de la información dada al Distrito Escolar de Vancouver está protegida por la Ley Federal de Derechos Educativos de la Familia y de Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés).

Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización para poder recibir prestaciones de asistencia médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios) de un proveedor de servicios médicos o para recibir beneficios de educación.

Yo puedo revocar esta autorización, dirigiéndome por escrito al Distrito Escolar de Vancouver o llenando una forma de revocación que se encuentra disponible en cualquiera de las escuelas del distrito. Toda acción ya tomada por el Distrito Escolar de Vancouver basada en esta autorización y antes de la fecha de revocación no podrá ser cancelada.

Esta solicitud es válida para el año escolar _____.

Firma de los Padres o Tutor

Fecha

Dirección

Número de teléfono

Firma del Estudiante (cuando sea aplicable)

Fecha



VANCOUVER SCHOOL DISTRICT NO. 37
Vancouver, Washington
Authorization and Consent for Release
and/or Exchange of Confidential Information

THIS CONFIDENTIAL INFORMATION IS TO BE RELEASED TO:

ATTN: _____

Phone: () / Fax: ()

Address: _____

If applicable, this confidential information is to be exchanged with:

Name: _____
(Insert Name of Other District or Agency)

Address: _____

Phone/Fax: _____

Purpose: _____

I understand the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and may no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information; mental health, H.I.V., communicable disease and genetic testing information. Confidentiality of information provided to the Vancouver School District is also protected by the federal Family Educational Rights and Privacy Act. (FERPA).

I understand that I do not have to sign this authorization in order to receive health care benefits (treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits) from a health care provider or to receive education benefits.

I may revoke this authorization by writing to the Vancouver School District or by filling out a revocation form available from any school in the District. Any actions already taken by the Vancouver School District based upon this authorization prior to the revocation date cannot be undone.

This request is valid for the _____ school year.

Signature of Parent/Guardian

Date

Address

Phone Number

Signature of Student (if applicable)

Date