

**Rantoul Township High School District # 193**  
**200 S Sheldon, Rantoul, IL 61866**  
**Phone: 217-892-6000 Nurse Phone: 217-892-6123 Fax: 217-892-6181**

**Authorization For Use And Disclosure Of Protected Health, Personally Identifiable Information and Educational Records**

**Name of Patient / Student:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**I authorize:** \_\_\_\_\_  
to release protected health information and / or educational records to:

**Rantoul Township High School District # 193**

\_\_\_\_\_ Check here for authorization to be given to parties mentioned above to mutually exchange the information described below.

**Description: The health information to be disclosed consists of (check all that) apply**  
\_\_\_\_\_ Any and all records in the possession of \_\_\_\_\_ including records of mental health, HIV and / or substance abuse. (cross out any item that you have not authorized to be released).  
\_\_\_\_\_ Records related to the treatment of the following condition or injury \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_ Records covering the period of time between \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_ Others (specified, including dates): \_\_\_\_\_.

**The educational information to be disclosed consists of:**  
Therapy outcome- impact of medical condition(s) on attendance- grades- observations/concerns surrounding behavior-  
\_\_\_\_\_

**Purpose: This information will be disclosed at the request of individuals and will be used for the following purposes (check all that apply):**

- \_\_\_\_\_ Educational assessment and program planning
- \_\_\_\_\_ Health assessment and planning of health and treatment services at school
- \_\_\_\_\_ Medical evaluation and treatment
- \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

This authorization is valid for one calendar year and will expire on \_\_\_\_\_. I understand that I may revoke this authorization at any time by sending a written notice of withdrawal of my consent. I understand that my revocation of this authorization will not be effective for action taken by the school district or health care provider depending on my authorization and prior to notification of my revocation. I understand that not authorizing the release of records may adversely affect educational programming and / or medical treatment for my child. I acknowledge that health records, once received by the school district, may not be protected by the Privacy Rule HIPPA, but will become educational records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) with additional protection provided by the Illinois Statutes. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain medical care.

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Student Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

\* If a minor student is authorized to consent to medical care without parental consent in accordance with federal or state law, only the Student must sign this authorization form.

**Copies:** \_\_\_\_\_ **Parent / Student** \_\_\_\_\_ **Physician or Healthcare Provider** \_\_\_\_\_  
**Official request from school to** \_\_\_\_\_ **release records** \_\_\_\_\_ **Receive records** \_\_\_\_\_

**Autorización Para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud, Información de Identificación Personal y Registros Educativos**

**Nombre de Paciente/Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a:** \_\_\_\_\_  
**para divulgar información de salud protegida y / o registros educativos a:**

**Rantoul Township High School Distrito #193**

\_\_\_\_\_ Marque aquí para que se otorgue autorización a las partes mencionadas anteriormente para intercambiar mutuamente la información que se describe a continuación.

**Descripción: La información de salud a divulgar consiste en (marque todo lo que corresponda)**

\_\_\_\_\_ Cualquiera y todos los registros en posesión de \_\_\_\_\_ incluidos los registros de salud mental, VIH y / o abuso de sustancias. (tache cualquier artículo que no haya autorizado para ser lanzado).

\_\_\_\_\_ Registros relacionados con el tratamiento de la siguiente afección o lesión \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Registros que cubren el período de tiempo entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Otros (se específico, incluyendo fechas): \_\_\_\_\_.

**La información educativa que se divulgará consiste en:**

Resultado de la terapia: impacto de la(s) condición(es) médica(s) en la asistencia, calificaciones, observaciones/inquietudes relacionadas con el comportamiento, \_\_\_\_\_

**Propósito: Esta información se divulgará a solicitud de las personas y se utilizará para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):**

\_\_\_\_\_ Evaluación educativa y planificación del programa

\_\_\_\_\_ Evaluación de salud y planificación de servicios de salud y tratamiento en la escuela

\_\_\_\_\_ Evaluación y tratamiento médico

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año calendario y vencerá el \_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito sobre el retiro de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para la acción tomada por el distrito escolar o el proveedor de atención médica en dependencia de mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Entiendo que no autorizar la divulgación de registros puede afectar negativamente la programación educativa y / o el tratamiento médico para mi hijo. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad HIPPA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) con protección adicional brindada por las Estatuas de Illinois. También entiendo que si me niego a firmar, dicho rechazo no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica.

**Firma de Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\* Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para la atención médica sin el consentimiento de los padres de acuerdo con la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización

**Copias:** \_\_\_\_\_ **Padre/Estudiante** \_\_\_\_\_ **Médico o Proveedor de atención médica** \_\_\_\_\_  
**Solicitud oficial de la escuela      liberar los registros      recibir los registros**