**Authorization for the Exchange of Educational and Health Information**

**FORM 4**

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

**School: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Health Care Provider: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Authorization

This authorization is valid for one calendar year. It will expire on June 30th of the next academic year. 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 and Privacy Act. By agreeing to allow communication between the Health care provider and designated school health 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 health care without parental consent under federal or state law, only the student shall sign this authorization form. In Massachusetts, a competent minor, depending on age, can consent to outpatient mental health care, alcohol and drug abuse treatment, testing for HIV/AIDS, and reproductive health care services.

*The purpose of this form is to facilitate communication between a school nurse and/or school counselor, and the child’s Health care provider, for the purposes of optimizing the student’s learning experience. The school nurse may share information provided in this medical report with appropriate members of the educational and support team for use in meeting the student's health, safety and educational needs. This will be done on a “need to know” basis, in a confidential manner and may also include communication between health provider and school nurse to facilitate this process. Likewise, the medical provider may share information with the hospital or clinical team. Only those areas listed below will be shared.*

**What information will this allow the Health Care Provider to share with the School?**

All components of the student’s medical record, including notes from sick and well visits, immunization records, current prescriptions and medications, allergies, physical or mental health diagnoses or conditions, injuries and any relevant recommendations or restrictions, and discharge summaries. All of the above information will be shared with the goal of optimizing the student’s learning experience.

**What information will this allow the School to share with the Health Care Provider?**

All components of the student’s cumulative educational record, including notes and logs from the nurse’s office, attendance, disciplinary, and grade records, teacher and staff observations related to student safety and well-being, and relevant special education records or evaluations (if applicable). All of the information above will be shared with the goal of optimizing the student’s learning experience.

**Autorización Para el Intercambio de Información Educativa y de Salud**

**FORMULARIO 4**

**Nombre del paciente/Estudiante**: **Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Proveedor de servicios de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Autorización

Esta autorización es válida por un año. Expirará el 30 de junio del próximo año académico. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito para revocar mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, no pueden estar protegidos por la regla de privacidad de HIPAA, sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la ley de privacidad y derechos educativos de la familia. Al aceptar permitir la comunicación entre el médico y la salud escolar designada también entiendo que, si me niego a firmar, tal rechazo no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica.

**Firma de Padre**  **Fecha**

**Firma del estudiante\*** **Fecha**

\*Si un estudiante menor está autorizado para dar su consentimiento a la atención médica sin el consentimiento de los padres bajo la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. En Massachusetts, un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para la atención ambulatoria de salud mental, el tratamiento del abuso de alcohol y drogas, las pruebas para el HIV/SIDA y los servicios de atención de salud reproductiva.

*El propósito de esta forma es facilitar la comunicación entre la enfermería, el consejero de la escuela, y el proveedor de salud, con el propósito de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante. La enfermería puede compartir información de este formulario médico con los miembros del equipo de apoyo educativo para poder cumplir con las necesidades de salud, seguridad y educación estudiantil. Esto será en caso de que sea “necesario” y se hará de manera confidencial. De la misma manera también se puede incluir información pertinente entre el proveedor de salud y la enfermería para facilitar este proceso. Así mismo, el médico puede compartir información con el hospital o el equipo clínico. Solamente las áreas especificadas abajo serán compartidas.*

**¿Qué información permitirá que el proveedor de atención médica comparta con la escuela?**

Todos los componentes del expediente médico del estudiante, incluyendo notas de todo tipo de visitas médicas, expedientes de la inmunización, prescripciones y medicaciones actuales, alergias, diagnósticos o condiciones de la salud física o mental, lesiones y cualquier recomendación relevante o restricciones y resúmenes de descarga. Toda la información anterior será compartida con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.

**¿Qué información permitirá que la escuela comparta con el proveedor de atención de la salud?**

Todos los componentes del expediente educativo acumulativo del estudiante, incluyendo notas y los registros de la oficina de la enfermería, la atención prestada, los expedientes disciplinarios, el grado, las observaciones del profesor y del personal relacionadas con la seguridad y el bienestar del estudiante, en especial expedientes o evaluaciones educativos (si aplica). Toda la información anterior será compartida con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.