



STUDENT HEALTH INFORMATION

AUTHORIZATION TO USE/DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION AND EDUCATION RECORDS

Student's Name: _____

Date of Birth: _____

MR# _____
(Staff to Complete)

Phone: _____

Address: _____

USE AND DISCLOSE MEDICAL AND / OR EDUCATION RECORDS BETWEEN:

Facility or Name: Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children	District Name: _____
Address: 1600 Rockland Road	School Name: _____
City/ST/Zip: Wilmington, DE 19899	Address: _____
Phone #: _____	Phone #: _____
	Fax #: _____

Authorization

1. I authorize the school nurse and Nemours medical personnel to discuss and share educational records and health information.
2. I understand the school nurse will have access to both treatment and non-treatment related information in my child's medical record.
3. I may revoke this authorization at any time by providing written notification to the addresses listed above for Nemours and my school.
4. I understand that my revocation does not affect any disclosures made prior to the revocation being received and processed.
5. I understand that signing this authorization is strictly voluntary.
6. I can request a copy of this form after I sign it.

EXPIRATION DATE: This authorization will expire at the completion of the current school year (August 15), unless an earlier date is specified: _____

Patient/Guardian/
Representative Signature*:

Date: _____

Patient/Guardian/
Representative Printed
Name: _____

Relationship
to Patient: _____

Witness Signature: _____

Date: _____

* Parent or eligible student as required and defined by Family Education and Privacy Rights Act (FERPA)



INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y REGISTROS EDUCATIVOS

Nombre del estudiante: _____
Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____

No. de historia clínica
(para completar por el personal)

USAR Y DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS O REGISTROS EDUCATIVOS ENTRE:

Instalación o nombre:	Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children	Nombre de la distrito:	_____
Domicilio:	1600 Rockland Road	Nombre de la escuela:	_____
Ciudad/estado/ Cod. postal:	Wilmington, DE 19899	Domicilio:	_____
Teléfono#:	_____	Teléfono#:	_____
		Fax #:	_____

AUTORIZACIÓN:

1. Autorizo al personal de enfermería escolar y al personal médico de Nemours a discutir y compartir registros educativos e información de salud.
2. Comprendo que el personal de enfermería escolar tendrá acceso a la información relacionada con el tratamiento y no tratamiento contenida en el registro médico de mi hijo.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Nemours y a mi escuela a las direcciones mencionadas arriba.
4. Comprendo que mi revocación no afecta las divulgaciones hechas antes de que se reciba y procese la revocación.
5. Comprendo que la firma de esta autorización es totalmente voluntaria.
6. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización caducará cuando finalice el año escolar actual (15 de agosto) a menos que se especifique una fecha anterior: _____

Firma del padre/tutor/representante legal*: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/tutor/representante legal en imprenta*: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

* Padre o estudiante elegible, tal como se establece y define en la Ley de Derechos de Privacidad y Educación Familiar (FERPA)