

La Pryor Independent School District Health Services Department

Authorization for Release/Request of Protected Health Information (2)

This authorization is provided in accordance with the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (the "Privacy Standards") issued under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended ("HIPAA"), that went into effect on April 2003.

I, _____, am the parent/guardian
Name of Parent/Guardian
of _____ the individual receiving treatment and I hereby
Name of Student
authorize the use, request or disclosure of his or her protected health information as described in this Authorization.

This document authorizes the staff of **La Pryor ISD** to receive health information, on a "need to know" basis, with intent of providing consistent and quality health care assistance, while in attendance at this specified campus and field trips which have been parent authorized.

The campus nurse can receive and send communication regarding any medical examination reports and conclusions, to and/or from the student's healthcare provider, when such knowledge would impact the health care of this student while attending school.

This specified information will be used for the purpose of providing appropriate health care for this student, classroom modifications, other campus activities and emergency response.

Right to revoke: I understand that I have the right to revoke this Authorization at any time by notifying the school, in writing. I understand that the revocation is only effective after it is received and logged by campus nurse or authorized designee. I understand that I cannot revoke this Authorization to the extent that the school has taken action in reliance of this Authorization.

I understand that this Authorization is not required for **La Pryor ISD** to use or disclose this information for purposes of treatment, or if the use or disclosure is other wise permitted by the Privacy Standards, and that any revocation of this Authorization will have no effect on such uses or disclosures.

I understand that I am entitled to receive a copy of this Authorization.

I understand that this Release of Information Form can be reviewed in 6 months.

Date

Parent/Guardian

La Pryor Independent School District Health Services Department

Autorización Para Revelar/Solicitar Información Protegida de Salud (2)

Esta Autorización es proporcionada de acuerdo con los Estándares para la Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable (Estándares de Privacidad) que fueron publicados bajo el Acta De Transportabilidad y Responsabilidad de Seguro de enfermedad de 1996, amendada ("HIPAA"), y que entró en vigor en abril del 2003.

Yo, _____, soy el padre/madre/tutor
Nombre del Padre/Madre/Tutor

De _____, de la persona que recibe tratamiento y autoizo el
Nombre del Estudiante

uso, solicito y revelación de su información de salud protegida como lo describe esta Autorización.

Este documento autoriza al personal de **La Pryor ISD** para recibir información de salud, en base a la "necesidad de saber", con la intención de proporcionar ayuda constante y asistencia médica de calidad, mientras atiende esta escuela y durante los viajes de estudio autorizados por el padre/madre/tutor.

La enfermera de la escuela podrá recibir y enviar correspondencia con respecto a cualquier resultado de exámenes médicos y sus conclusiones para el/o del proveedor de asistencia médica del estudiante, cuando tal conocimiento impactaría la asistencia médica del estudiante, mientras asiste a la escuela.

Esta información específica se utilizará con el propósito de proporcionar asistencia médica apropiada al Estudiante, modificaciones de salón de clase, otras actividades escolares y pronta respuesta a emergencias.

Derecho a Revocar: Entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, Notificando por escrito a la escuela. Entiendo que la revocación solo sera efectiva después de haber sido recibida por la enfermera de la escuela o su designado autorizado. Entiendo que no puedo revocar esta Autorización hasta que la escuela haya tomado medidas de confianza de esta Autorización.

Entiendo que esta Autorización no es requerida por **La Pryor ISD** para el uso y revelación de esta información por razones de tratamiento, o si el uso y revelación es permitida por otro motivo de los Estándares de Privacidad, y que ninguna revocación de esta Autorización no tendrá efecto en tales usos ni revelaciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.

Entiendo que esta forma de Revelación de Información podrá ser revisada en seis meses.

Fecha

Padre/Madre/Tutor