

Middleton-Cross Plains Area School District / Distrito del Área de Middleton Cross Plains
PERMISSION TO OBTAIN AND RELEASE INFORMATION / PERMISO PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Student/Estudiante:	Address/Dirección:	Date of Request/Fecha de pedido:
Date of Birth/Fecha de Nacimiento:	City, State, Zip Code/Ciudad, Estado, Código Postal:	Person Authorized to Consent/Individuo Autorizado Consentir:

	Authorizes/Autoriza a:	To Obtain from and Release info to/Obtener información de y divulgarla a:
Name of Individual or Service Provider/Nombre del individuo o proveedor de servicios		
Street Address/Dirección		
City, State, Zip/Ciudad, Estado, CP		
Phone number/número de teléfono		
Fax number		
Email/Correo electrónico		

This disclosure is being made for the following purpose(s)/Esta divulgación se hace para:

- Qualification for Individualized Education Plan/Calificación para un Plan de Educación Individualizado
- School Related Health Information/Información de la salud relacionada con la escuela

- Further Medical Information Needs/Necesidad de más información médica
- At the Request of an Individual/Al pedido de un individuo
- Other / Otro _____

Information to be Released/Información Compartida:

- Behavioral Records/Registro de comportamiento
- Social Work Report/Informe de Trabajo Social
- IEP Team Evaluations & Related Reports/PEI Evaluaciones del Equipo & Informes Relacionados
- Appropriate Agency Reports/Informes de Agencias Apropriadas
- Progress Notes/Notas de Progreso
- Info. Necessary for Cont. Care/Info. necesaria para cuidado continuo
- Other /Otro

- Discharge Summary/Resumen de descarga
- Law Enforcement Records/Registro de cuerpo policial
- Operative/Procedure Report/Informe operativo/procedural
- Immunizations/Vacunas
- EKG/EMG/EEG - ECG/EMG/EEG
- PT/ST/OT – Terapias físicas, de habla, y ocupacional
- Labs/Resultados del laboratorio

In compliance with Wisconsin and Minnesota Statutes that require special permission to release otherwise privileged information, please release records pertaining to: / Cumpliendo con las leyes de Wisconsin y Minnesota que requieren permiso especial para compartir información privilegiada, favor de compartir los documentos que pertenecen a:

- Mental Health & Psychological Reports & Testing/Informes y exámenes de la Salud Mental & Psicológica
- Phone Consultation/Consulta por teléfono
- Drug Abuse or Test Results/Abuso de drogas o Resultados de pruebas

- HIV(AIDS) Records/Registro de VIH(SIDA)
- Sexually Transmitted Disease/Enfermedad de transmisión sexual
- Other/Otro

REDISCLASURE NOTICE/ AVISO DE RE-DIVULGACIÓN – HIV Test Results/ Resultados de Prueba de VIH – I understand that the HIV test results of pupils may be released without authorization to persons/organization that have access under Wisconsin law and a list of those persons/organizations is available upon request. Entiendo que los resultados de la prueba de VIH de alumnos/as pueden ser compartidos sin autorización a personas/organizaciones que tienen acceso bajo la ley de Wisconsin y una lista de tales personas/organizaciones está disponible a pedido.

YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION/ SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

**RIGHT TO INSPECT OR COPY THE HEALTH INFORMATION TO BE USED OR DISCLOSED
DERECHO DE EXAMINAR O COPIAR LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE USARÁ O COMPARTIRÁ**

I understand that I have the right to inspect or copy the health information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form, along with a right to receive a copy of this authorization form. This authorization is voluntary. Refusal to sign will not affect health care treatment, payment for health care, health care plan enrollment or benefits except for: No Exceptions, or Exceptions (specify): _____

Entiendo que tengo el derecho de examinar o copiar la información de salud, el uso de la cual que he autorizado a través de este documento, junto con el derecho de recibir una copia de este documento de autorización. Esta autorización es voluntaria. Negación de firmar no afecta el cuidado médico, ni el pago por el cuidado médico, ni la inscripción para el plan de cuidado médico, ni los beneficios, con la excepción de (especificar): _____

REDISCLOSURE NOTICE/AVISO DE RE-DIVULGACIÓN– The information that I authorize to be released may be redisclosed by the recipient of the records only if allowed by law. If information is redisclosed, the recipient of the redisclosed information may be controlled by different laws. I recognize that these records, once received by the school district, may not be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) and may become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) with additional protection afforded by Wisconsin Statutes 118.25 (2m)(a)(b) and 146.82 – 146.83. *La información que autorizo ser compartida puede ser divulgada de nuevo por el/la recipiente de los documentos sólo si la ley lo permite. Si información está re-dispensada, puede ser que el/la recipiente de la información está controlado bajo leyes diferentes. Reconozco que estos documentos, al estar recibidos por el distrito escolar, tal vez no estén protegidos por la Acta de Contabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPPA por sus siglas en inglés), y pueden volver a estar protegidos por la Acta de Privacidad y Derechos Educativos Familiares (FERPA por sus siglas en inglés) con protección adicional dado por las leyes de Wisconsin 118.25 (2m)(a)(b) y 146.82 – 146.83.*

RIGHT TO REVOKE/DERECHO DE REVOCAR – I may revoke this authorization, in writing, at any time except for information already released as a result of this authorization. The written revocation must be given to the agency/organization I authorized to release information. *Puedo revocar esta autorización, de manera escrita, en cualquier momento con la excepción de información ya divulgada debido a esta autorización. Se tiene que entregar la anulación escrita a la agencia/organización que autoricé compartir mi información.*

EXPIRATION DATE/FECHA DE VENCIMIENTO – This authorization is valid for one year from the date signed. A copy of this form is as effective as the original. I have had an opportunity to review and understand the content of this authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes. *Esta autorización es válida por un año desde la fecha de firmar. Una copia de este formulario es tan efectiva como el documento original. He tenido la oportunidad revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Por firmar esta autorización, confirmo que refleja exactamente mis deseos.*

As evidenced by my signature, I hereby authorize disclosure of records to the person(s) or agency(s) specified above. <i>Con mi firma, autorizo la divulgación de documentos a la(s) persona(s) o agencia(s) nombrada(s) arriba.</i>	
SIGNATURE – Student (14 years of age or older) <i>FIRMA – Estudiante (más de 14 años de edad)</i>	Date Signed/ <i>Fecha firmado</i>
SIGNATURE – Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure <i>FIRMA – Otra persona legalmente autorizada consentir a divulgar</i>	Date Signed/ <i>Fecha firmado</i>
Title or Relationship to Individual who is the Student/ <i>Título o relación al individuo quien es estudiante</i>	