

THREE RIVERS COMMUNITY SCHOOLS
AUTHORIZATION FORM TO RELEASE AND/OR OBTAIN MEDICAL INFORMATION

Student	DOB	Student ID Number
Address	Grade	School
Medical Record Number (if available)		

The following person or persons or agencies can release the Health Information:

The following person or persons or agencies can receive the Health Information:

Health Information. The Health Information that can be released is any information about the diagnosis and/or services for the student named above from _____ to _____ (dates).

The following information can also be released:

Under the Privacy Rules of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, I understand that:

- I am not required to sign this authorization and I can refuse to sign it.
- In general, just because I refuse to sign this authorization, the Healthcare Provider named above cannot refuse to treat the student.
- The Health Information released may be disclosed to others. The information cannot be disclosed to others if the person or agency who receives this information is also required to follow the privacy rules.
- The law allows THCS to use and disclose Private Health Information (PHI) without obtaining patient/parental permission for the purposes of treatment plans, payment for services or healthcare operations such as scheduling appointments.
- I may look at or copy the health information requested in this authorization.
- I can withdraw this authorization at any time. I must do so in writing and give it to the Healthcare Provider named above. If I withdraw this authorization, any information disclosed prior to my withdrawal will not be affected.

This authorization expires in one year unless I withdraw it earlier.

Signature of Patient/Student (or Patient's/Student's Representative)	Date
---	-------------------

Printed Name of Patient/Student (or Patient's/Student's Representative)

If Patient's/Student's Representative, relationship to Patient/Student

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - For TRCS Use Only

Date Request Sent _____	By Whom _____
Records Received _____	Date _____

LAS ESCUELAS COMUNITARIAS DE THREE RIVERS
AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Alumno	Fecha de nacimiento	Número de identificación del alumno
Dirección	Grado	Escuela
Medical Record Number (if available)		

Las siguientes personas o entidades pueden entregar la información médica:

Las siguientes personas o entidades pueden recibir la información médica:

Información médica. La información médica que puede ser entregada es cualquier tipo de información sobre el diagnóstico o los servicios para el alumno antes mencionado de _____ a _____ (fechas). También puede entregarse la siguiente información:

De conformidad con las Normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996, entiendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización y puedo negarme a hacerlo.
- En general, por el mero hecho de que me niegue a firmar esta autorización, el proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente no puede rehusarse a ofrecer tratamiento médico al alumno.
- La información médica entregada puede ser revelada a terceros. La información no puede ser revelada a terceros si la persona o entidad que reciba dicha información también está obligada a seguir las normas de privacidad.
- La ley permite a TRCS utilizar y revelar información protegida de la salud (Private Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) sin obtener el permiso del paciente o de sus padres para planes de tratamiento, pago por servicios u operaciones administrativas de la salud, tales como concertar citas.
- Puedo ver o copiar la información médica solicitada mediante esta autorización.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Deberé hacerlo por escrito y entregar el documento al proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente. Si retiro esta autorización, la información revelada antes de que retire dicha autorización no se verá afectada.

Esta autorización vence en un plazo de un año salvo si yo la retiro antes.

Firma del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno) Fecha

Nombre en mayúsculas del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno)

Si firma el representante del paciente / alumno, parentesco con el paciente / alumno

NO ESCRIBIR BAJO ESTA LÍNEA - Para uso de TRCS únicamente

Fecha de la solicitud _____ **Persona que la envía** _____
Expedientes recibidos _____ **Fecha** _____