

## HIPAA Authorization to Use/Disclose PHI School/Educational Programs and Services



<b>Patient (Student) Name</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Medical Record #</b>
<b>Section 1:</b> I hereby authorize <b>Children's Hospital Colorado</b> to release information, as described below, to:		
Name of School or District to receive information: <u>Farrell B. Howell ECE-8 School</u>		
Address: <u>14250 ALBROOK DR, DENVER CO 80239-4946</u>		
Phone number: <u>720-424-2746</u>	Fax number: <u>720-424-2765</u>	
<b>Purpose:</b> For the use by the school for educational purposes, including IEP and 504 evaluations and reviews.		
<b>Section 2: Type of records and dates to be released for educational purposes** (please select all that apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Provider Notes & Reports <input checked="" type="checkbox"/> Immunization Record <input checked="" type="checkbox"/> Eye Exams <input checked="" type="checkbox"/> Audiology Tests <input checked="" type="checkbox"/> Discharge Summaries <input checked="" type="checkbox"/> Care Plans (specify departments): <u>ALL AVAILABLE DEPARTMENTS</u> <input checked="" type="checkbox"/> Other: <u>ENTIRE LEGAL MEDICAL RECORD</u>		
<b>Dates of Services (between):</b> _____ <b>and</b> _____		
<b>**Please Note:</b> The information to be released may include a <i>diagnosis or reference</i> to the following condition(s): behavioral health services/psychiatric care, sickle cell anemia, genetic testing, acquired immune deficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV); drug and/or alcohol abuse, or sexually transmitted diseases. Children's Colorado <b>will not release these department specific records:</b> Reproductive health, including pregnancy and sexually transmitted disease, HIV/AIDS, drug/alcohol treatment information, or behavioral health or psychiatric care information.		
<b>Section 3: Method of release (please select all that apply). Fax for School Nurse/Children's Colorado Connect:720-777-7965</b>		
<input type="checkbox"/> Verbal disclosure between provider and school <input checked="" type="checkbox"/> School Nurse access/release through <b>Children's Colorado Connect</b> <input type="checkbox"/> Children's Hospital Colorado Health Information Management/Medical Records needs to process records to send to school: <input type="checkbox"/> Paper <input type="checkbox"/> CD (only available for records stored electronically)		
<input type="checkbox"/> Mail to: _____ _____		<input type="checkbox"/> Fax to: _____ Attn: _____

**I understand the following:** This authorization will instantly **run out** on September 30<sup>th</sup> of each year **or** the date the patient/student becomes an adult under state law. I can ask for an expiration date sooner in writing. I may take back this authorization at any time by telling Children's Hospital Colorado in writing. I understand this would only apply to future releases of information and not information that has been already released. Information that has been released may no longer be protected by HIPAA and may be **re-disclosed**. Once the school gets this information, it may be protected by other law, such as FERPA. Children's Hospital Colorado will still give care and seek payment for care given to my child even if I do not sign this authorization. There will be no charge for copies of medical records provided directly to the school.

**This authorization does not apply to information about the treatment relationship between Children's Hospital Colorado and the school nurse. I understand that information will still be shared with the school nurse for care purposes even if I don't sign this authorization.**



\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Legally Authorized Representative** **Date**

**Children's Colorado HIM** • 13123 E. 16<sup>th</sup> Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Ph: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251



**HIPAA Authorization to  
 Use/Disclose PHI  
 School/Educational Programs and  
 Services**

Rev. 7/2019  
 Page 1 of 1

Place Patient Identification Label Here

## Autorización HIPAA para usar/divulgar información protegida de la salud, programas y servicios escolares/educativos



<u>Nombre del paciente (alumno)</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Núm. de expediente médico</u>
<b>Sección 1:</b> por la presente autorizo a <b>Children's Hospital Colorado (Children's Colorado)</b> a divulgar información, tal y como se describe a continuación, a:		
Nombre de la escuela que <b>recibe</b> la información: <u>Escuela Farrell B. Howell ECE-8</u>		
Dirección: <u>14250 ALBROOK DR, DENVER CO 80239-4946</u>		
Número de teléfono: <u>720-424-2746</u> Número de fax: <u>720-424-2765</u>		
Para uso de la escuela con fines educativos, incluyendo evaluaciones y revisiones de <i>IEP</i> y 504.		
<b>Sección 2: tipo de expedientes y fechas a divulgar** (por favor, seleccione todas las respuestas que correspondan)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Notas e informes del profesional sanitario	<input checked="" type="checkbox"/> Cartilla de vacunas	<input checked="" type="checkbox"/> Examen de los ojos
<input checked="" type="checkbox"/> Resúmenes de altas	<input checked="" type="checkbox"/> Planes de cuidado (especifique los departamentos):	<input checked="" type="checkbox"/> Pruebas de audiolgía
		TODOS LOS DEPARTAMENTOS DISPONIBLES (ALL AVAILABLE DEPARTMENTS)
<input checked="" type="checkbox"/> Otro: <u>EXPEDIENTE MÉDICO LEGAL COMPLETO (ENTIRE LEGAL MEDICAL RECORD)</u>		
Fechas de los servicios (entre): _____ y _____		
<p><b>**Por favor, tenga en cuenta que:</b> la información que se divulgará puede incluir un <i>diagnóstico</i> o una <i>referencia</i> a la(s) siguiente(s) afección(es): servicios de salud conductual/atención psiquiátrica, anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), drogadicción/alcoholismo o enfermedades de transmisión sexual. Children's Colorado <b>no publicará estos expedientes específicos del departamento:</b> Salud reproductiva, incluidos el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, información sobre el tratamiento para las drogas/el alcohol ni información sobre la salud mental o atención psiquiátrica.</p>		
<b>Sección 3: método de divulgación (por favor, seleccione todas las respuestas que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Divulgación <b>verbal</b> entre el proveedor y la escuela	<input checked="" type="checkbox"/> Acceso/divulgación con la enfermera de la escuela a través de <b>Children's Colorado Connect</b> <b>FAX: 720-777-7965</b>	
<input type="checkbox"/> Gerencia de información de la salud en Children's Hospital Colorado / En Archivo clínico se tendrá que tramitar su expediente para <b>enviarlo</b> a la escuela:		
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> CD (solo disponible para los expedientes almacenados por vía electrónica)	
<input type="checkbox"/> Enviar por correo a: _____	<input type="checkbox"/> Enviar por fax a: _____	
	A/A: _____	

**Entiendo lo siguiente:** entiendo que esta autorización **caducará** automáticamente el 30 de septiembre de cada año o en la fecha cuando el paciente/alumno se convierta en adulto según la ley estatal. Puedo solicitar una fecha de vencimiento antes por escrito. Puedo **cancelar** esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a Children's Hospital Colorado. Entiendo que esto solo se aplicará a las versiones futuras de información y no a la información ya divulgada. Es posible que la información divulgada ya no quede protegida por HIPAA y **pueda divulgarse nuevamente**. Una vez que la escuela obtiene esta información, puede estar protegida por otra ley, incluyendo FERPA. Children's Hospital Colorado seguirá brindando tratamiento y solicitará el pago de los servicios prestados, aunque yo no firme esta autorización. No se aplicará ningún cargo por copias de expedientes médicos que se proporcionen directamente a la escuela.

**Esta autorización no se aplica a la información acerca de la relación de tratamiento entre Children's Hospital Colorado y la enfermera de salud de la escuela. Entiendo que la información aún se compartirá con la enfermera de la escuela con fines de atención, incluso si no firmo esta autorización.**



Firma del padre o la madre/representante legal autorizado Fecha

**Children's Colorado HIM • 13123 E. 16<sup>th</sup> Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Tel: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251**



**HIPAA Authorization to Use/Disclose PHI  
School/Educational Programs and Services**

Place Patient Identification Label Here