



**HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS**  
A PATHWAY FOR EVERY STUDENT

**RELEASE/EXCHANGE OF HEALTH INFORMATION WITH MEDICAL PROVIDER**

I, \_\_\_\_\_, parent/guardian of  
(Print name) (Circle one)  
\_\_\_\_\_, D.O.B. \_\_\_\_\_  
(Student's name) (MM/DD/YYYY)

hereby authorize \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Name of physician's office) (Physician)  
\_\_\_\_\_  
(Address of physician's office) (Phone number of physician)

to share my child's protected health information with the Holyoke Public Schools. I specifically grant permission for my child's physician to share:

- |                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immunizations        | <input type="checkbox"/> appointment times                |
| <input type="checkbox"/> screening results    | <input type="checkbox"/> behavioral/mental health records |
| <input type="checkbox"/> physical exam copies | <input type="checkbox"/> all of the above                 |

\_\_\_\_\_ I specifically give permission, as required by M.G.L. c. 111, § 70F, to share information in my child's record about HIV antibody and antigen testing, and HIV/AIDS diagnosis or HIV/AIDS treatment.

\_\_\_\_\_ I specifically give permission, as required by M.G.L. c. 111, §70G, to share information in my child's record about my child's genetic information.

\_\_\_\_\_ I specifically give permission to share information in my child's record about alcohol or drug treatment. If this information is shared, I understand that a specific notice required by 42 CFR, Part 2 shall be included prohibiting the redisclosure of this confidential information.

I understand that my child's protected health information will be kept confidential by the Holyoke Public Schools in accordance with the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA) and 603 C.M.R. § 23.00. I understand that my child's protected health information may be shared with authorized school personnel.

I further authorize the Holyoke Public Schools to share my child's confidential student record information with the above-listed physician and staff members of the physician's office for the purposes of referral, diagnosis, and treatment.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_

This authorization is valid until \_\_\_\_\_, or for one year from the date of signing.  
(date)



### DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD CON EL PROVEEDOR MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, padre/encargado de  
(Nombre en letra de molde) (Circule uno)

\_\_\_\_\_, fecha de nac. \_\_\_\_\_,  
(Nombre del estudiante) (MM/DD/YYYY)

autorizo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nombre de la oficina del médico) (Médico)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del consultorio médico) (Número de teléfono del médico)

compartir la información de salud protegida de mi hijo con las Escuelas Públicas de Holyoke. Concedo permiso específico para que el médico de mi hijo comparta:

vacunas  horas de citas  
 resultados de exámenes  registros de salud mental y del comportamiento  
 copias de examen físico  todo lo anterior

\_\_\_\_\_ Yo específicamente doy permiso, como es requerido por M.G.L. c. 111, § 70F, para compartir información en el expediente de mi hijo sobre anticuerpos del VIH y pruebas de antígenos, y diagnóstico de VIH/SIDA o tratamiento de VIH/SIDA.

\_\_\_\_\_ Yo específicamente doy permiso, como es requerido por M.G.L. c. 111, §70G, para compartir información en el expediente de mi hijo sobre la información genética de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Doy permiso específicamente para compartir la información en el expediente de mi hijo sobre el tratamiento de alcohol o drogas. Si esta información es compartida, entiendo que un aviso específico requerido por 42 CFR, Parte 2 será incluido prohibiendo la re-divulgación de esta información confidencial.

Entiendo que la información médica protegida de mi hijo(a) será mantenida confidencialmente por las Escuelas Públicas de Holyoke de acuerdo con la Ley de Derechos de Educación Familiar y Privacidad (FERPA) y 603 C.M.R. § 23.00. Entiendo que la información médica protegida de mi hijo(a) puede ser compartida con el personal autorizado de la escuela. Además, autorizo a las Escuelas Públicas de Holyoke a compartir la información confidencial del registro estudiantil de mi hijo con el médico y los miembros del personal del consultorio del médico mencionados anteriormente para los fines de referirlo, diagnosticarlo y tratarlo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida hasta \_\_\_\_\_, o por un año a partir de la fecha de la firma.  
(fecha)