



**Family Resource Center**  
237 Essex Street, 4<sup>th</sup> Fl., Lawrence, MA 01840  
Department of Community, Family & Student Engagement  
(Phone) 978-975-5900 \* (Fax) 978-722-8551

**Authorization for Exchange of Health Information**

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

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(First) (Last) (Month) (Day) (Year)

Parent/ Guardian Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

**I hereby authorize** Lawrence Public School Nurse **and**  
(Lawrence Public School Staff Name)  
\_\_\_\_\_ **to**  
(Healthcare Organization Name)

**exchange health information/ records for the purpose(s) listed below.**

School: \_\_\_\_\_ School Phone: \_\_\_\_\_

School Address: \_\_\_\_\_

Healthcare Provider: \_\_\_\_\_ Healthcare Provider Phone: \_\_\_\_\_

Healthcare Provider Address \_\_\_\_\_

**Description:**

The following health information may be disclosed:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immunizations       | <input type="checkbox"/> Medication Administration |
| <input type="checkbox"/> Full Health Records | <input type="checkbox"/> Physical                  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____        |  |

This information will be used for the following purpose(s):

- Health assessment and planning for health care services and treatment in school
- Medical evaluation and treatment
- Other:  
\_\_\_\_\_

This authorization is valid for one calendar year. It will expire one year from the date noted on this document. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights to Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care.

Parent / Guardian/ Authorizer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If a minor student is authorized to consent to healthcare without parental consent under federal or state law, only the student shall sign the authorization form. A competent minor depending in age can consent to outpatient mental health care, alcohol and drug abuse treatment, testing for HIV/AIDS, and reproductive health care services.



**Family Resource Center**  
 237 Essex Street, 4<sup>th</sup> Fl., Lawrence, MA 01840  
 Department of Community, Family & Student Engagement  
 (Phone) 978-975-5900 \* (Fax) 978-722-8551

**Autorización para Intercambiar Información Médica**

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Apellido) (Mes) (Día) (Año)

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a \_\_\_\_\_ la enfermera de las Escuelas Públicas de Lawrence \_\_\_\_\_ y**  
(Nombre de la enfermera de las Escuelas Públicas de Lawrence)

\_\_\_\_\_ **para**  
(Nombre de la Organización Médica)

**intercambiar información/ archivos médicos y educativos con el propósito indicado abajo.**

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

**Descripción:**

Divulgación de la siguiente información médica:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones                 | <input type="checkbox"/> Record Médico Completo |
| <input type="checkbox"/> Administración de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Otro: _____            |
| <input type="checkbox"/> Examen Físico                  |   |

Esta información será utilizada para el siguiente propósito(s):

- Asesoramiento de salud y planificación para proveer servicios de tratamiento de salud en la escuela
- Evaluación médica y tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año escolar y expira al cumplir el año de la fecha anotada en este documento. Reconozco que estos archivos, una vez recibidos por el distrito escolar, no podrán estar amparados por el Reglamento de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en archivos educativos amparados por el Acta de Derecho Educativo Familiar y de Privacidad. También entiendo que, si rehúso firmar, tal rechazo no interferirá para que mi hijo(a) obtenga cuidado médico.

Firma del Padre/ Guardián/ Persona dando Autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Si un estudiante menor de edad es autorizado a recibir cuidado médico sin el consentimiento del padre bajo la ley federal o estatal, solamente el estudiante podrá firmar este formulario de autorización. Un menor apto, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir servicios de salud mental, tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas, pruebas de HIV/SIDA, y servicios de salud reproductiva.