Hammond Academy of Science & Technology
33 Muenich Ct.
Hammond, IN 46320
P: (219)852-0500
F: (219)852-4153

Authorization for the Release of Medical Information

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

To: _____ _____
Physician's Name Physician's Address

_____ _____
Physician's Phone Physician's Fax

The undersigned is hereby authorized to exchange, release, send, certify and make available the information, records, files or data herein described to the person(s) or institution(s) designated below:

Information to Provide Homebound Services _____ Medical Updates _____ Emergency Department Notes _____ Prior Assessments _____ Operative Report _____ Treatment Provided _____ Progress Notes _____ List of Medications _____

_____

_____

Person(s) Institution(s) to whom or to which information is to be released.

Hammond Academy of Science & Technology

I have read and understand the above consent and authorize communication between my health care provider, medical staff and the school. This may be by telephone, mail, person to person contact or fax. I consent and request that a photocopy of this authorization be accepted with the same authority as the original.
I also give permission to share any medical information about my child's health with members of the educational team. This information will be given to those appropriate team members, in a confidential manner, on a need to know basis to meet the health and educational needs of my child.

I understand that this release is effective for the _____school year, but that I may revoke my authorization at any time by providing written notice to the School City of Hammond. This authorization is subject to revocation at any time except to the extent the action has already been taken in reliance on this authorization.

_____ _____
Parent/Legal Guardian Signature Date

_____ _____
Witness Date

Hammond Academy of Science & Technology
33 Muenich Ct.
Hammond, IN 46320
P: (219)852-0500
F: (219)852-4153

Autorización para la divulgación de información médica

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento: _____

Para: _____ _____
Nombre del médico Dirección del médico

_____ _____
Teléfono del médico Fax del médico

El infra escrito (la persona que firma) autoriza a intercambiar, liberar, enviar, certificar y poner a disposición de la (s) persona (s) o institución (es) designada a continuación la información, registros, archivos o datos aquí descritos:

Información para proporcionar servicios domiciliarios _____ Actualizaciones médicas _____ Notas del departamento de emergencia _____ Evaluaciones previas _____ Informe operativo _____ Tratamiento proporcionado _____ Notas de progreso _____ Lista de medicamentos _____

_____

_____

Persona (s) Institución (es) a quien (es) o a quien (s) se debe divulgar la información.

Hammond Academy of Science & Technology

Leí y entiendo el consentimiento anterior y autorizo la comunicación entre mi proveedor de atención médica, el personal médico y la escuela. Esto puede ser por teléfono, correo, contacto de persona a persona o fax. Doy mi consentimiento y solicitó que se acepte una fotocopia de esta autorización con la misma autoridad que la original. También doy permiso para compartir cualquier información médica sobre la salud de mi hijo con los miembros del equipo educativo. Esta información se les dará a los miembros del equipo apropiado, de manera confidencial, según la necesidad de conocerla para satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo.

Entiendo que esta publicación entra en vigencia para el año escolar _____, pero que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las escuelas públicas de la ciudad de Hammond. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada en virtud de esta autorización.

_____ _____
Firma del padre/tutor legal Fecha

_____ _____
Testigo Fecha