

CHICAGO PUBLIC SCHOOLS
PHYSICIAN'S INSTRUCTIONS FOR SKILLED NURSING CARE PROCEDURE OR TREATMENT

(Last Name) (First) (Middle) (BD) (ID No.)

Home Address Zip Code Other Town

Father's Name Mother's Name Telephone

School Grade Non-Attending

PERMIT FOR AUTHORIZED LICENSED NURSING PERSONNEL TO ADMINISTER REQUIRED TREATMENT DURING SCHOOL HOURS

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

This child _____ is under my medical care for _____
_____ and is required to have the following treatment administered during school hours.

Treatment Order _____

Parameters (If indicated) _____

Equipment Size _____

Frequency of Treatment _____

Duration of Treatment _____

Side Effects/Precautions _____

To What Degree Can Child Participate in Treatment Procedure?

Independent Needs Assistance Unable to Assist

Physician's Name _____ **Hospital Affiliation** _____
(Please print or type)

Address _____ **Telephone #** _____ **Fax #** _____

Physician's Signature _____ **Date** _____

TO BE COMPLETED BY PARENT OR LEGAL GUARDIAN

I, _____, give permission for my child, _____, to receive the above treatment (s) as directed by the physician. I will provide all supplies needed for the procedure. I will also provide written notification from the physician if the treatment changes or is discontinued.

DATE _____ PARENT/GUARDIAN _____

Signature

Consent for Release/Exchange of Student Records and Information

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

I hereby give permission to release/exchange/disclose the following:

All School Student Records, including, but not limited to: personally identifying information; cumulative-permanent record; special education records; academic transcript; discipline records; health records; attendance records; and test scores.

Only Specific School Records:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personally Identifying Information | <input type="checkbox"/> Special Education Record (e.g. IEP, Evaluations, 504 Plans) |
| <input type="checkbox"/> Cumulative/Permanent Record | <input type="checkbox"/> Health Records |
| <input type="checkbox"/> Progress Monitoring Data | <input type="checkbox"/> Attendance Records |
| <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____ | <input type="checkbox"/> Disciplinary Records |
| | <input type="checkbox"/> Test Scores |

Health/Medical Information:

- Any and all records in the possession of _____ including mental health, HIV and/or substance abuse records
- Records regarding treatment for the following condition or injury _____
- Records covering the period of time between _____ and _____
- Other: ALL MEDICAL/BEHAVIORAL HEALTH RECORDS THAT MAY IMPACT ON STUDENTS EDUCATIONAL PERFORMANCE.

This information is to be released/exchanged between:

Agency/Doctor: 1) _____ 2) _____ **AND** Chicago Public Schools, District #299
 Phone: 1) _____ 2) _____ School/Department: _____
 FAX 1) _____ 2) _____ Attn: _____

Purpose: This information is to be disclosed upon request and will be used for the following purpose(s):

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Educational evaluation and program planning | <input checked="" type="checkbox"/> Medical evaluation and treatment |
| <input checked="" type="checkbox"/> Health assessment and planning | <input type="checkbox"/> Referral to a separate day school/residential facility ⁺ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Independent Educational Evaluation | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

These disclosures are authorized pursuant to the *Family Education Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. Section 1232g), the *Illinois School Student Records Act* (105 ILCS 10/1 et seq.), and the *Illinois Mental Health and Developmental Disability Confidentiality Act* (740 ILCS 110/1 et seq.). I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed, challenge its contents, and limit my consent to designated records or portions of the information contained in those records. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent to the local school district representative. I understand that my revocation of this authorization will not be effective for actions taken by the school district or health care provider in reliance upon my authorization and prior to notice of my revocation. I understand that failing to authorize disclosure of records may adversely impact the educational programming and/or medical treatment for my child. I recognize that health records, once received by the school district may not be protected by HIPAA Privacy Rules, but will become educational records protected by the *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. Section 1232g). I understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care. I understand that I have the right to inspect and copy educational records and to challenge their contents. ⁺I acknowledge that limiting the release/exchange or disclosure of records to one separate day school/residential facility may impact the District's ability to timely place the Student in a non-public facility.

This authorization is valid for one (1) calendar year from the date of signed consent indicated below.

Parent Signature Date

Student Signature* Date

Witness Signature Date

*Student signature required for mental health records if Student is 12 years of age or older



Consentimiento para la Divulgación/Intercambio de Registros e Información del Estudiante

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
mes día año

Doy permiso para que se divulgue/publique/intercambie lo siguiente:

Todos los registros escolares del estudiante, incluyendo, pero no limitados a: información personalmente identificable; expediente acumulativo-permanente; registros de educación especial; registro académico; registro de disciplina; registro de salud; registro de asistencia; y puntajes de exámenes.

Sólo Registros Escolares Específicos:

Información personalmente identificable Registro de Educación Especial (Evaluaciones del IEP, Planes 504)
 Registro Cumulativo-Permanente Registro de Salud Registro de Disciplina
 Datos de Monitoreo de Progreso Registro de Asistencia Puntajes de Exámenes
 Otro (Especificar): _____

Información de Salud/Médica:

Cualquier y todos los registros en posesión de _____ incluyendo de salud mental, VIH y/o registros de abuso de sustancias
 Registros acerca del tratamiento para la siguiente condición o lesión: _____
 Registros que abarcan el período de tiempo entre _____ y _____
 Otro: ALL MEDICAL/BEHAVIORAL HEALTH RECORDS THAT MAY IMPACT ON STUDENTS EDUCATIONAL PERFORMANCE.

Esta información será divulgada/intercambiada entre: Agencia(s)/ Escuela(s):

1) _____ 2) _____ Escuelas Públicas de Chicago, Distrito 299
 PHONE 1): _____ 2) _____ Escuela/
 FAX: 1) _____ 2) _____ **Y** Departamento: _____
 Attn: _____

Propósito: Esta información es para ser divulgada por pedido y será utilizada para el/los siguiente(s) propósito(s):

Evaluación educativa y planeamiento de programa Evaluación médica y tratamiento
 Evaluación de salud y planeamiento Remisión a una escuela privada de educación especial/institución residencial+
 Evaluación Educativa Independiente Otro: _____

Estas divulgaciones están autorizadas conforme con *Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia* (20 U.S.C. Sección 1232g), *Ley de Registros Estudiantiles Escolares de Illinois*, (105 ILCS 10/1 et seq.), la *Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois* (740 ILCS 110/1 et seq.). Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información a ser divulgada, cuestionar sus contenidos, y limitar mi consentimiento a registros designados o a porciones de la información contenida en estos registros. Comprendo que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando una nota escrita al Representante de Distrito Local de que retiro mi consentimiento. Comprendo que mi retiro de esta autorización no será efectivo para acciones tomadas por el Distrito Escolar o por el Proveedor de Servicios de Salud desde mi autorización y antes de mi aviso de rescisión. Entiendo que la falta de autorización a la divulgación de registros puede tener un impacto negativo en la programación educativa y/o el tratamiento médico de mi niño(a). Reconozco que los registros de salud, una vez que sean recibidos por el Distrito Escolar, pueden no estar protegidos por la Reglas de Privacidad de HIPPA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la *Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia* (20 U.S.C. Sección 1232g). Entiendo que si me niego a firmar, esta negación no interferirá con la capacidad de mi niño de obtener cuidado de salud. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar registros educativos y cuestionar sus contenidos +Reconozco que limitar la divulgación/intercambio de registros a una escuela privada de educación especial/institución residencial puede tener impacto en la habilidad del Distrito de asignar el estudiante a una institución no pública.

Esta autorización será válida por un (1) año calendario a partir de la fecha de consentimiento firmado que se indica abajo.

Firma del Padre	Fecha	Firma del Estudiante*	Fecha
Firma del Testigo	Fecha		

*Se requiere la firma del estudiante para su consentimiento si el estudiante tiene 12 años de edad o más

