

BRADLEY-BOURBONNAIS COMMUNITY HIGH SCHOOL DISTRICT 307

700 W North Street Bradley, Illinois 60915
Dr. Candace Wells, Director of Special Services
Phone 815-937-3710 Fax 815-937-8061

CONSENT TO SHARE CONFIDENTIAL INFORMATION FOR HOMEBOUND INSTRUCTION

To facilitate communication between the family, school, and Physician, to support the student, it is helpful for the school nurse or other designee to obtain parental permission to speak directly with the student's Physician or other designated medical representative. Understanding the highly confidential nature of this communication, the school designee will only discuss medical or psychiatric concerns directly impacting the student's education. The information obtained by the school designee will only be shared with individuals who need to know the information to provide educational services or make educational decisions for the student.

Name of Student: _____ DOB: _____

Home Address: _____ Phone: _____

I hereby grant permission to Bradley-Bourbonnais Community High School District 307 to release/exchange confidential information with the Physician who signed the homebound certification in order to facilitate home/hospital instruction.

Name of Physician: _____

I understand that my permission covers possible discussions with the above Physician, the release or exchange of permanent and temporary records, as well as, the release or exchange of mental health records, confidential records and reports. This information will not be used for any other purpose than stated above.

I understand that I have the right to inspect and copy school records, to challenge the contents of these records and/or limit this consent to specific records and portions of records which I have designated as follows: _____

I understand that there may be consequences with a refusal to consent to release of any of the above information, in that such might impede educational planning. This authorization is valid only for the duration of the homebound services for the current school year, but can be revoked at any time via written notice to either of the above agencies.

Signature of Parent/Guardian or Adult Student over 18 years of age

Date

Relationship

DISTRITO DE ESCUELAS SECUNDARIAS COMUNITARIAS DE BRADLEY-BOURBONNAIS 307

700 W North Street Bradley, Illinois 60915
Dr. Candace Wells, Directora de Servicios Especiales
Telefono: 815-937-3710 Fax 815-937-8061

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA LA INSTRUCCIÓN EN CASA

Para facilitar la comunicación entre la familia, la escuela y el médico, para apoyar al estudiante, es útil que la enfermera de la escuela u otra persona designada obtenga el permiso de los padres para hablar directamente con el médico del estudiante u otro representante médico designado. Al comprender la naturaleza altamente confidencial de esta comunicación, la persona designada por la escuela solo hablará sobre preocupaciones médicas o psiquiátricas que afecten directamente la educación del estudiante. La información obtenida por la persona designada por la escuela solo se compartirá con las personas que necesitan conocer la información para proporcionar servicios educativos o tomar decisiones educativas para el estudiante.

Nombre de Estudiante : _____

Fecha de Estudiante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Por la presente otorgo permiso al Distrito 307 de escuelas secundarias de la comunidad Bradley-Bourbonnais para divulgar / intercambiar información confidencial con el médico que firmó la certificación de confinamiento en el hogar para facilitar la instrucción en el hogar / hospital.

Nombre de Médico: _____

Entiendo que mi permiso cubre posibles conversaciones con el Médico mencionado anteriormente, la divulgación o intercambio de registros permanentes y temporales, así como la divulgación o intercambio de registros de salud mental, registros e informes confidenciales. Esta información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el indicado anteriormente.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros escolares, para impugnar el contenido de estos registros y / o limitar este consentimiento a registros específicos y porciones de registros que he designado de la siguiente

manera: _____

_____ .

Entiendo que puede haber consecuencias con la negativa a dar mi consentimiento para la divulgación de cualquiera de la información anterior, ya que esto podría impedir la planificación educativa. Esta autorización es válida solo por la duración de los servicios de confinamiento en el hogar para el año escolar actual, pero puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquiera de las agencias mencionadas.

Firma del padre / tutor o estudiante adulto mayor de 18 años

Fecha

Relacion