

CONSENT FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS

Health Services Reimbursement - Insurance

Federal and state laws allow school districts to seek reimbursement for health services provided in the educational setting. Seeking this funding will NOT impact your child's overall insurance cap nor deductibles. In order to access funding, parents/guardians must consent to the release of information that may be found in education and or health records that have medical information, The request for your consent is below.

Records to be released may include:

- Student's Name; date of birth; gender; insurance information; the date, time and type of health services provided; and the rendering provider.
- My child's behavioral, medical, health and/or education records

Certification: I hereby certify that I am at least 18 years old, and the parent or legal guardian of the student named herein. I hereby consent to the release of the above-mentioned student records to the person(s) or other part(ies) listed above. I further agree to hold the District and its officers, agents and employees harmless and I expressly waive any right I may have to institute legal proceedings against the District, its officers, agents or employees based upon any disclosure of the student records identified herein. I understand that I have a right to request a copy of any student record that I have given consent to disclosure.

This consent and release is issued pursuant to Education Code section 49075 and the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. part 99). The recipient of student records is hereby notified that the transmission of the records to others without the written consent of the Student referenced above is prohibited.

Las leyes federales y estatales permiten a los distritos escolares obtener el reembolso de los servicios de salud prestados en el sistema educativo. El solicitar estos pagos NO afectará al límite general del seguro de su hijo, tampoco a las cuotas deducibles. Para poder obtener los fondos, los padres/tutores legales deben dar su consentimiento para divulgar la información que pueda estar registrada en los archivos de educación o de salud que contengan información médica. La solicitud para su consentimiento se encuentra a continuación.

Los registros que se divulgarán pueden ser los siguientes:

- Nombre del estudiante; fecha de nacimiento; género; información del seguro médico; la fecha, hora y tipo de servicios de salud que se le proporcionaron; y el proveedor que prestó los servicios.
- Archivos de conducta, médicos, de salud y/o educacionales de mi hijo.

Certificación: Por este medio, yo certifico que tengo por lo menos 18 años de edad, y soy el padre o tutor legal del estudiante nombrado en este documento. Por este medio, doy mi consentimiento para la divulgación de los archivos del estudiante mencionado arriba a la persona(s) u otra parte(s) mencionadas anteriormente. También estoy de acuerdo, en mantener libre de daños y responsabilidad al Distrito y sus funcionarios, agentes, empleados y renuncio expresamente a cualquier derecho que pueda tener para iniciar procedimientos legales contra el Distrito, sus funcionarios, agentes o empleados en base a cualquier divulgación de los registros y/o archivos del estudiante identificados en este documento. Yo entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de cualquier archivo del estudiante para el cual yo haya dado mi consentimiento para su divulgación.

Este consentimiento y autorización es emitido de conformidad con la sección 49075 del Código de Educación y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. parte 99). Por este medio, el receptor de los archivos del estudiante es informado que está prohibido transferir los archivos del estudiante a otras personas sin el consentimiento por escrito del Estudiante mencionado anteriormente.