

Woodland School District 50

1105 N. Hunt Club Road

Gurnee, Illinois 60031

Phone: (847) 596-5600

Fax: (847) 856-0311

Authorization to Release/Exchange Student Record Information

Student's Name

Date of Birth

I, the parent/guardian of the above-named student, authorize and request the release of the following records/information regarding my child:

- Individualized Education Plans (IEP)
- Grade Reports
- Disciplinary Reports
- Social Histories
- Other: Physical/Immunization Records/ Physician Statement of Immunity with Medical Opinion
- Therapeutic Summaries
- Progress Reports
- Psychological Evaluations
- Legal/Court Reports
- Attendance Reports
- Psychiatric Reports
- Discharge Summaries
- Medical/Physical Forms
- Hearing/Vision Reports
- All School Student Records

★ This information will be released from:
(name, address, phone and fax of doctor)

Phone: _____
FAX: _____

This information will be released to:

Woodland School District 50
1105 N Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311
Attention:

This information will be released from:

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

★ This information will be released to:
(name, address, phone and fax of doctor)

Phone: _____
FAX: _____

These disclosures are authorized by me pursuant to 20 U.S.C. § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., and 740 ILCS 110/1 et seq., and are to be made for the purpose of:

- Educational planning
- Obtaining social security benefits
- Obtaining private services
- Legal proceedings
- Continuity of care
- Other: IDPH review of the physician statement and supporting documents

I understand that this authorization will be valid for one year from the date of signature. However, I understand I have the right to revoke this authorization in writing at any time. I understand that this authorization is limited only to the information listed above, which will only be released from/to the individuals, agencies and/or schools named above. I also 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 my refusal to consent to the release of the information specified above will prevent disclosure of such material to the individual(s), agencies, and/or school(s) named herein, with the potential consequence of impeding the purpose stated above.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Signature of Student (if 12 years or older and records contain mental health and/or developmental disability information): _____ Date: _____

Witness (age 18 or older): _____ Date: _____

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

Permiso para la obtención y/o intercambio de información del expediente del estudiante

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Yo, como padre/madre/guardián del estudiante mencionado anteriormente autorizo el intercambio de los siguientes informes y/o expedientes pertenecientes a mi hijo(a):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Educativo Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Informes Terapéuticos | <input type="checkbox"/> Informes Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Informes del curso escolar | <input type="checkbox"/> Informes del Progreso | <input type="checkbox"/> Informes de Alta |
| <input type="checkbox"/> Informes Disciplinarios | <input type="checkbox"/> Informes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Impresos Médicos/Físicos |
| <input type="checkbox"/> Historial Social | <input type="checkbox"/> Informes Legales/Juzgado | <input type="checkbox"/> Informes de la Vista/Oído |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Asistencia | <input type="checkbox"/> Todos los Informes |

★Esta información será enviada desde:

(nombre, dirección, teléfono y fax del médico)

Teléfono: _____

FAX: _____

Esta información será recibida en:

Woodland School District 50

1105 N. Hunt Club Road

Gurnee, Illinois 60031

Phone: (847) 596-5600

Fax: (847) 856-0311

Atención: _____

Esta información será enviada desde:

médico)

Woodland School District 50

1105 N. Hunt Club Road

Gurnee, Illinois 60031

Phone: (847) 596-5600

Fax: (847) 856-0311

★Esta información será recibida en:

(nombre, dirección, teléfono y fax del

Teléfono: _____

FAX: _____

Esta divulgación está autorizada por mí, según lo dispuesto en el 20 U.S.C. § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq., con el siguiente propósito:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación Educativa | <input type="checkbox"/> Obtención de Servicios Particulares | <input type="checkbox"/> Continuación del Cuidado |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos Legales | <input type="checkbox"/> Obtención de Beneficios Sociales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que tengo el derecho a anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta autorización está limitada a los documentos que se citan anteriormente y que únicamente serán compartidas por las agencias y/o escuelas que se mencionan en este documento. También entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que será compartida, de poner en tela de juicio su contenido y de limitar mi autorización a determinados contenidos que se encuentren en los expedientes. Entiendo que mi negativa a autorizar el intercambio de la información especificada anteriormente hará que las personas, agencias y/o escuelas nombradas anteriormente no reciban dicha información. Y por lo tanto quedará anulado el propósito establecido en el apartado anterior.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante (si tiene 12 años o mayor de 12 años y los expedientes contienen información referente a su salud mental y/o información sobre el desarrollo de su discapacidad): _____ Fecha: _____

Testigos (18 años o mayor de 18 años): _____ Fecha: _____