



Addison Trail High School

213 N. Lombard Rd. Addison, Illinois 60101-1999

Nurse Office: (630) 628-3334

Nurse Fax: (630) 628-4189

Health Email: atphysicals@dupage88.net

Addison Trail High School Health Services Authorization to Release Health Record

Date: _____ Month/Year of Graduation: _____

Name: _____ Date of Birth: _____

Maiden Name (if applicable): _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____

Request for: _____ Copy of Physical _____ Immunization Record

I, _____, authorize Addison Trail High School of DuPage High School District 88 to release my physical or immunization record to:

Name

Address

City, State, and Zip Code

Email/Fax Number (if applicable)

Signature of Individual Requesting Record

The FERPA/HIPAA Act of 1996 was enacted to improve the efficiency and effectiveness of the education and health care system through the establishment of national standards and requirements for electronic health care transactions and to protect the privacy and security of an individual's health information and records.

Office use only

Date Sent: _____

Request Processed by: _____



Addison Trail High School

213 N. Lombard Rd. Addison, Illinois 60101-1999

Nurse Office: (630) 628-3334

Nurse Fax: (630) 628-4189

Health Email: atphysicals@dupage88.net

Servicios de Salud de Addison Trail High School **Autorización Para Pedir Registros de Salud**

Fecha: _____ Mes/Año de Graduación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido de Soltera (si corresponde): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número: _____

Solicitud de: _____ Copia de Examen Físico _____ Registro de vacunas

Yo, _____, autorizo a la escuela Addison Trail High School del Distrito 88 de Escuelas Secundarias de DuPage que distribuya mi examen físico o registro de vacunas a:

Nombre

Domicilio

Ciudad, Estado, y Código Postal

Correo Electrónico/Número de Fax

Firma de la Persona Solicitando el Registro

La Ley FERPA/HIPAA de 1996 fue promulgada para mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de educación y atención médica a través del establecimiento de normas y requisitos nacionales para las transacciones electrónicas de atención médica y para proteger la privacidad y seguridad de la información y los registros de salud de una persona.

Uso para Oficina

Fecha de Envío: _____

Solicitud Completada por: _____