

Autorización para la Divulgación y el Uso de la Información de Salud

| | | |
|--|--|--|
| Estudiante _____ | Fecha de nacimiento _____ | |
| Yo autorizo la divulgación de la información de salud del estudiante mencionado arriba (como se define a continuación) DE: _____ A: (Persona de Contacto) _____ Dirección: _____ At: (Escuela o Distrito) _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Dirección: _____ | | |
| La información divulgada será usada para los siguientes propósitos (por favor marque los que sean pertinentes): | | |
| <input type="checkbox"/> Educacional | <input type="checkbox"/> Médico | |
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Otro | |
| <input type="checkbox"/> Personal | | |
| Información específica a ser divulgada (por favor marque con sus iniciales todos los que corresponden) para el tratamiento con fecha de _____ hasta _____. | | |
| <input type="checkbox"/> Registros Completos | <input type="checkbox"/> Resumen del Descargo | <input type="checkbox"/> Registros de Inmunización |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta | <input type="checkbox"/> Registros de Terapia Física/Ocupacional | <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Reportes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Resúmenes de Intervención | <input type="checkbox"/> Resultados de la Evaluación |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Reportes del Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |
| Esta autorización permanecerá en vigor durante seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización en nombre de mi hijo/a menor de edad, a la escuela y al médico del estudiante, proporcionando un aviso por escrito al proveedor de servicios de salud consistente con las políticas del proveedor de servicios de salud. Esta anulación no afecta a las emisiones de los registros médicos hechos antes de la anulación. | | |
| Entiendo que el proveedor de servicios de salud no es responsable de cualquier nueva divulgación de la información por parte de la escuela/distrito. También entiendo que los registros médicos divulgados pueden convertirse en parte de los archivos educacionales del estudiante y pueden ser transmitidos a otra escuela en la cual el estudiante busca o tiene la intención de inscribirse. La escuela y el distrito protegerán esta información en el cumplimiento del Acta de los Derechos de Educación Familiar y Ley de Privacidad (FERPA). | | |
| El firmar este documento es voluntario. Negarse a firmar no afectará el compromiso de la escuela o el distrito de proporcionar una educación de calidad para el estudiante. Sin embargo, los registros solicitados podrían ser requeridos para que la escuela pueda implementar un plan educacional adecuado, acomodaciones/ modificaciones para el aprendizaje y/o cuidado de la salud. | | |
| Yo entiendo que si yo autorizo la divulgación de la información a cualquier persona o entidad que no está legalmente obligada a mantener esta información confidencial, la información puede ya no estar protegida por el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), o cualquier otra ley estatal o federal. | | |
| Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de este formulario después de la firma y podré inspeccionar la información que se divulgue. | | |
| Con mi firma abajo, yo autorizo la divulgación y el uso de la información en conformidad con los derechos, las restricciones y los acuerdos arriba mencionados. | | |
| _____ Firma del Padre/Estudiante adulto | _____ Fecha | |
| La autorización expira _____ Fecha | | |
| Copia al Padre/Estudiante adulto _____ Fecha | | |