# Divulgação das informações da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Provedores de Saúde de 1996 (HIPAA)

(45 CFR § 164.508)

Distrito/Escola:

## Autorização para divulgação e uso das informações de saúde

Aluno:Data de nascimento:

**Autorizo a divulgação das informações de saúde do aluno supracitado (conforme designado abaixo).**

De:

Endereço:

Cidade/Estado/CEP:Para (Pessoa para contato):

Em (distrito da escola):

Endereço com cidade, estado, CEP:

**As informações divulgadas serão utilizadas para os seguintes fins (marque todos os que se aplicam):**

[ ]  Educacionais [ ]  Legais [x]  Médicos [x]  Médicos [ ]  Outro (especificar):

**Informações específicas a serem divulgadas para as datas de tratamento (rubrique todos os itens que se aplicam):**

[ ]  Resultados de avaliações

[ ]  Registros completos

[ ]  Relatórios de consultas

[ ]  Resumo de alta☐[ ]

[ ]  Resumos de intervenções

[ ]  Relatórios de saúde mental

[ ]  Registros de fisioterapia/
terapia ocupacional

[ ]  Notas de progresso

[ ]  Relatórios psicológicos

[ ]  Registros de educação especial

[ ]  Relatórios de fala/linguagem

[ ]  Outro (especificar):

Esta autorização permanecerá válida por seis meses a partir da data da assinatura. Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização para a escola e o médico do aluno em nome de meu filho menor de idade, fornecendo uma notificação por escrito ao provedor de cuidados com a saúde de modo consistente com as políticas desse provedor. A revogação não afetará a divulgação de registros médicos realizada anteriores a ela.

Compreendo que o provedor de cuidados com a saúde não é responsável por nenhuma outra divulgação das informações liberadas pela escola/distrito. Compreendo também que os registros médicos divulgados poderão se tornar parte dos registros educacionais do aluno e poderão ser encaminhados a outra escola na qual o aluno pretenda se matricular. A escola e o distrito protegerão essas informações em conformidade com a Lei dos Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA) (34 CFR § 99).

A assinatura desta liberação é voluntária. A recusa em assinar não afetará o compromisso da escola ou do distrito em fornecer uma educação de qualidade ao aluno. No entanto, os registros solicitados podem ser necessários para que a escola implemente um plano de ensino adequado, acomodações de aprendizagem/modificações e/ou cuidados com a saúde.

Compreendo que, se eu autorizar a divulgação das informações acima para qualquer indivíduo ou entidade que não seja legalmente obrigada a mantê-los confidenciais, as informações poderão não estar mais protegidas pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Provedores de Saúde de 1996 (45 CFR §§ 160 e 164) ou por qualquer outra lei estadual ou federal.

Compreendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após a assinatura e que posso inspecionar as informações que estão sendo divulgadas.

Ao assinar abaixo, autorizo a divulgação e o uso das informações de acordo com os direitos, restrições e interpretações acima.

Assinatura do(s) pai(s)/aluno adulto Data

Data de expiração da autorização Data em que a cópia foi entregue aos pais/aluno adulto