

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A Y DE DISTRITOS ESCOLARES

La terminación de este documento autoriza la divulgación y / o uso de información de salud identificable individualmente, como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales (incluyendo a HIPPA) con respecto a la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar la autorización.

### INFORMACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN

Paciente/Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MN Fecha de Nacimiento

Yo, el que firma abajo, autorizo (nombre de la agencia y / o proveedores de cuidado de salud):

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

Proporcionar información de salud del expediente médico del niño nombrado arriba hacia y desde:

\_\_\_\_\_  
Distrito Escolar del que se Hace la Divulgación

\_\_\_\_\_  
Dirección / Ciudad y Estado / Código postal

\_\_\_\_\_  
Persona de Contacto en el Distrito Escolar

\_\_\_\_\_  
Código del área y Número de Teléfono

La revelación de información de salud es necesaria para los siguientes propósitos:

La información solicitada se limitará a lo siguiente:

- Toda la información médica necesaria O
- Información específica sobre el diagnóstico como se describe \_\_\_\_\_
- Otro (favor de especificar: \_\_\_\_\_)

### DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se introduce.

### RESTRICCIONES

La ley prohíbe que el Solicitante haga más divulgación de mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización de mí o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

### SUS DERECHOS

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: *Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a las agencias / personas de cuidado de salud listadas arriba. Mi revocación es efectiva al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado en dependencia de esta Autorización.*

**RE-DIVULGACIÓN:**

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y que la información se convierta en parte del expediente educativo del estudiante. La información será compartida con las personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el propósito de proveer escenarios educativos seguros, apropiados y menos restrictivos y los servicios y programas de salud escolar.

Tengo el derecho de obtener una copia de esta Autorización. La firma de esta Autorización puede ser requerida para que este estudiante obtenga servicios apropiados en el ambiente educativo.

**APROBACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relación con Paciente / Estudiante

\_\_\_\_\_  
Código del Área y Número de Teléfono