

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CON DISTRITOS ESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación o uso de información médica individual, como lo indica abajo, según las leyes de California y Federales (e.g., HIPAA) con respecto a la privacidad de tal información. El no completar toda la información requerida puede anular esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante _____ / _____
Apellido Primer nombre Fecha de nacimiento

Yo el otorgante suscrito, autorizo (nombre de la agencia y/o proveedores de cuidado médico):

(1) _____ (2) _____

Proporcionar información médica del expediente médico del niño antes mencionado a y de:

Distrito escolar con el que se hizo la divulgación Domicilio/Ciudad y Estado/Código postal

Persona de contacto en el distrito escolar Código de área y número de teléfono

Se requiere la divulgación de información médica por los siguientes motivos:

La información requerida se limitara a lo siguiente: Toda información médica; **o** Información específica de la enfermedad, como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización estará en efecto de inmediato y permanecerá en efecto hasta _____ (fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmó, si no se anotó la fecha.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al solicitante hacer difusiones adicionales de información sobre mi salud a menos que el solicitante obtenga otra autorización mía o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Tengo entendido que yo tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo anular esta autorización cuando yo lo decida. Esta anulación tiene que ser por escrito, firmada por o mi o de mi parte, y enviada a las agencias de cuidado médico/persona antes dicha. Mi renuncia será efectiva al recibirla, pero no será efectiva al extremo de que el solicitante u otros hayan actuado independiente de esta autorización.

RE-DIVULGACIÓN:

Entiendo que el solicitante (distrito escolar) protegerá esta información por medio de la ley federal de derechos educacionales y privacidad (conocida en inglés por sus siglas FERPA) y que la información se vuelve parte del archivo de educación del estudiante. La información se compartirá con individuos que están trabajando en o con el distrito escolar con el propósito de ofrecer un ambiente educativo seguro, apropiado, menos restrictivo y servicios de salud y programas en la escuela.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Es posible que se requiera la firma de esta autorización para que este estudiante obtenga servicios apropiados en el ambiente educativo.

APROBACION: _____
Nombre en letra de molde Firma Fecha

Parentesco al paciente/estudiante Código del Área y Número de Teléfono

