

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE ESCUELAS

Al llenar este documento, autorizo la divulgación y/o uso de la información individual de salud, como se establece abajo, de conformidad con las leyes Federales y de California (ej., HIPAA) sobre la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información requerida podría invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: _____

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------	---------------------

Yo, el que suscribe, por medio de la presente autorizo a (nombre del proveedor médico, plan de salud y/o agencia): _____

a proporcionar la información de salud de su expediente médico del estudiante arriba nombrado de y para: _____

Escuela a la cual se hace la divulgación	Domicilio/ Ciudad y Estado/ Código Postal
--	---

Persona de contacto en el Distrito Escolar	Número de teléfono y de fax
--	-----------------------------

La divulgación de la información médica se requiere para lo siguiente: _____

La información solicitada se limitará a lo siguiente:
 Información mínima necesaria; Información de enfermedad específica descrita: _____

DURACIÓN:

Esta autorización entra en vigor inmediatamente y estará vigente hasta _____ (anote fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no hay fecha anotada.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante divulgar mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

DERECHOS DE LOS PADRES:

Estoy enterado que tengo los siguientes derechos referentes a esta Autorización: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. *Mi revocación debe ser por escrito, firmada, por mí o a mi nombre y entregada a las agencias de salud/personas anotadas arriba. Mi revocación será efectiva a partir de la recepción del escrito, pero no será efectiva en tanto que el Solicitante u otros hayan actuado apoyados por esta Autorización.*

DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES:

Los estudiantes entre los 12 y 18 años deben firmar esta forma para poder aprobar la divulgación de la información relacionada con la salud mental y asuntos de planificación familiar.

RE-DIVULGACIÓN:

Estoy enterado/a que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como lo establece la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y que la información forma parte del expediente educativo del estudiante. Esta información se compartirá con las personas que trabajan con o en el Distrito Escolar con la intención de brindar ambientes educativos seguros, adecuados y menos restringidos, y proporcionar servicios y programas de salud escolar.

Tengo derecho de recibir una copia de esta Autorización. La firma de Autorización puede ser requerida para que el estudiante obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre (letra de molde)	Firma	Fecha
Parentesco con el paciente/estudiante	Código Postal y Teléfono	
Nombre del estudiante (letra de molde)	Firma del estudiante	Fecha