



# Distrito Escolar Unificado de San Diego

OFICINA DEL SUPERINTENDENTE ADJUNTO – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES  
2351 Cardinal Lane, Annex B, San Diego, CA 92123

Programa de Salud y Bienestar

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PARA LAS ESCUELAS

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y del estado de California (ej. HIPAA) con respecto a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

### INFORMACIÓN DEL USO Y DIVULGACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial 2º nombre Fecha de nacimiento

Yo, el que suscribe, por medio de la presente autorizo (nombre del proveedor de servicios de salud, plan médico y/o agencia):  
(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

para que proporcionen información del expediente médico del alumno citado en este documento:

\_\_\_\_\_  
Escuela a la que se autoriza a divulgar la información Dirección / Ciudad y estado / Código postal  
\_\_\_\_\_  
Persona de contacto del Distrito Escolar Teléfono y número de fax

La divulgación de la información de salud se requiere para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_

La información solicitada deberá limitarse a lo siguiente:  Toda la información mínima necesaria; o

Información específica como se describe: \_\_\_\_\_

### DURACIÓN:

Esta autorización deberá entrar en vigor inmediatamente y deberá permanecer vigente hasta el \_\_\_\_\_ (escribir fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se indica una fecha.

### RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe que el Solicitante divulgue mi información de salud más allá de lo especificado a menos que yo otorgue al Solicitante otra autorización o a menos que dicha autorización 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 ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a las agencias/personas de cuidado de la salud antedichas. Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado en dependencia de esta Autorización.*

### REDIVULGACIÓN:

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 vuelve parte del expediente del estudiante. La información será compartida con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el propósito de proporcionar entornos educativos, servicios escolares y programas de salud seguros, apropiados y menos restrictivos.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Se puede requerir firmar esta Autorización para que este estudiante obtenga servicios apropiados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante en letra de molde

Firma

Fecha

Relación con el paciente/estudiante

código de área y número de teléfono