**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE HAYWARD**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ALUMNO** Información del padre de familia/alumno

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La información será revelada de:

Agencia/Persona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La información será revelada a:

Agencia: Distrito Escolar Unificado de Hayward (“HUB”) Atención:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio: 24823 Soto Rd. Rm 21 Hayward, CA 94544

Teléfono: 510-723-3857 extensión \_\_\_ Fax: 510 582-8805

Propósito de información solicitada:

❑ Divulgación de información de salud a solicitud del padre de familia, tutor o representante legal ❑ Ofrecer y planificar servicios educativos para el alumno

❑ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Expediente: Marque el cuadro correspondiente, escriba sus iniciales y/o firme para especificar cual información será divulgada.

❑ **RESUMENES MÉDICOS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **RECONOCIMIENTO MÉDICO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **EXPEDIENTE PSIQUIATRICO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **EXPEDIENTE DE INMUNIZACIÓN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO/RAYOS X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **INTERCAMBIO VERBAL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

❑ **OTRA INFORMACIÓN DE SALUD** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Firma Fecha

Especifique los expedientes que serán revelados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en efecto inmediatamente y se mantendrá en efecto por un año a partir de la fecha de firma a menos de que aquí se especifique una fecha diferente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha).

**REVOCACIÓN:** Esta autorización está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento por parte del paciente/padre de familia. La revocación por escrito entrará en efecto una vez recibida, excepto en la medida en la que la parte reveladora u otros actúen basándose en esta autorización.

**DIVULGACIÓN A TERCEROS:** Comprendo que legalmente, la persona que recibe la información no puede utilizar o divulgar la información a otros a menos de que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos de que tal uso o divulgación sea requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

El padre de familia/tutor tiene derecho a obtener una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha