

Autorización de Exhibición y Uso de Información de Salud

Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Yo autorizo la exhibición (mostrar) de información de salud del estudiante anterior (como se indica debajo)

De: A:

Dirección: En (Escuela o Distrito):

Ciudad/Estado/Código de Correo: Dirección:

La información que se exhibe se usará para el propósito/s siguiente (Por favor **marque** todo lo que se aplica):

Educativo
 Legal

Médico
 Otro

Personal

Información específica a exhibirse (por favor marque todo lo que se aplica) en las fechas de tratamiento _____ a _____

<input type="checkbox"/> Registro/s completo	<input type="checkbox"/> Resumen de Baja (Salida)	<input type="checkbox"/> Registro de Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Informe/s de Consulta
<input type="checkbox"/> Registro/s de Educación Especial		<input type="checkbox"/> Informe/s Psicológicos	
<input type="checkbox"/> Resultados de Evaluación/es	<input type="checkbox"/> Resumen de Intervención/es	<input type="checkbox"/> Informe/s de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso
<input type="checkbox"/> Informe/s del Lenguaje y el Habla		<input type="checkbox"/> Registros de Terapia Física y Ocupacional (Rehabilitación)	
<input type="checkbox"/> Otro:			

Esta autorización estará en efecto por seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar (anular) esta autorización a la escuela y el doctor/a del estudiante a favor de mi hijo/a menor ofreciendo un aviso escrito al proveedor de atención de salud de acuerdo con el reglamento/s del proveedor de cuidado de salud. La revocación (anulación) de la autorización, no afecta la exhibición del registro/s médico anterior a la revocación.

Yo entiendo que el proveedor de atención de salud no es responsable por cualquier otra presentación/es de información autorizada por la escuela y/o el distrito escolar. Además, yo entiendo que los registros médicos exhibidos (mostrados) pueden llegar a ser parte del registro/s educativo del estudiante, y pueden ser enviados a otra escuela en donde el estudiante tiene la intención o busca inscribirse. La escuela y el distrito escolar protegerá esta información en cumplimiento con el "Family Educational Rights and Privacy Act" (FERPA) (Decreto de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia).

La firma de esta autorización para exhibir información es voluntaria. El negarse a firmar la autorización de exhibir información no afectará el compromiso que la escuela o el distrito escolar tiene de ofrecer una educación de calidad al estudiante. Sin embargo, los registros que se solicitan pueden ser requeridos con el fin de que la escuela ponga en práctica el plan de educación, adaptaciones y/o modificaciones de aprendizaje y cuidado de salud adecuados.

Yo entiendo que si autorizo la exhibición de la información anterior a un individuo o entidad que no está obligada legalmente a mantener la información confidencial, puede que la información no esté más protegida por el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Decreto de Privacidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) o cualquier otro Estado o ley del gobierno federal.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario después de firmar y yo puedo inspeccionar la información que se exhibe (muestra). Mediante la firma de abajo, yo autorizo la exhibición (muestra) y uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y entendimientos anteriores.

Firma del Padre/s o Tutor Legal/es o el Estudiante Mayor de Edad

Fecha

Firma de la Autoridad Escolar

Fecha

Autorización vence el (Fecha): _____