

CONDADO DE SANTA CLARA
ÁREA DE PLANIFICACIÓN LOCAL SOBRE LA EDUCACIÓN ESPECIAL
AUTORIZACIÓN HIPPA DE PRIVACIDAD PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA/EDUCACIONAL DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del Estudiante _____
 Número de Archivo Médico/Identificación _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

PERSONA/ORGANIZACIÓN A LA QUE SE LE SOLICITARÁ LA INFORMACIÓN:	PERSONA AUTORIZADA DEL DISTRITO A LA QUE LA INFORMACIÓN LE SERÁ ENVIADA Y/O REVELADA:
Nombre:	Nombre: Gilroy Unified School District
Dirección:	Dirección: 7810 Arroyo Circle
Ciudad/Estado/Código Postal:	Ciudad/Estado/Código Postal: Gilroy, Ca 95020
Teléfono: Fax:	Teléfono: 669-205-4000 Fax: 408-848-7161

Marque el espacio para especificar la información requerida y a ser divulgada: (Padre/Tutor Legal tienen que poner sus iniciales)

- | | |
|---|---|
| <p>_____ <input checked="" type="checkbox"/> Archivos y evaluaciones psicológico-educacionales</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Archivos del habla y lenguaje</p> <p>_____ <input checked="" type="checkbox"/> Registros de Salud Mental</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Programas Educativos Individualizados (IEPs)</p> <p>_____ <input checked="" type="checkbox"/> Expedientes Médicos relacionados con _____</p> <p>_____ <input checked="" type="checkbox"/> Otros Archivos (Especifique) _____</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Intercambio de información escrita o verbal entre las agencias listadas con anterioridad</p> | <p>_____ <input type="checkbox"/> Evaluaciones de la vista</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Evaluaciones audiológicas</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Registros de Nacimiento</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> Archivo del Estudiante</p> |
|---|---|

DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS DEL USO DE LA INFORMACIÓN (Provea una descripción detallada de la actividad en la que la información será utilizada)

CONDADO DE SANTA CLARA
ÁREA DE PLANIFICACIÓN LOCAL SOBRE LA EDUCACIÓN ESPECIAL
AUTORIZACIÓN HIPPA DE PRIVACIDAD PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA/EDUCACIONAL DE LOS ESTUDIANTES

Esta autorización deberá entrar en efecto inmediatamente y deberá permanecer en efecto durante **por un año a partir de la fecha en que sea firmada**, salvo que la fecha escrita a continuación sea diferente: _____ (fecha).

Entiendo que el Representante Autorizado del Distrito deberá de tener completa autoridad de requerir y recibir información con respecto a mi hijo o hija tal como se especificó anteriormente y dentro del término de tiempo estipulado. Entiendo que tengo el derecho a revocar o anular la presente autorización, por escrito, en cualquier momento al enviar dicha notificación escrita al representante del distrito escolar que requiera la información. La anulación por escrito entrará en vigor al ser recibida, aunque no será aplicable a información que ya haya sido divulgada en respuesta a la presente autorización.

Entiendo que la información médica usada o que ha sido divulgada y que tiene que ver con la presente autorización podría ser divulgada nuevamente por la agencia receptora y que la información requerida podría ya no encontrarse bajo la protección de las leyes y regulaciones federales respecto a la privacidad de la información protegida sobre la salud. Además entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educacional pública se encuentra protegida como un archivo del estudiante bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares (FERPA por sus siglas en inglés).

Entiendo que el autorizar la divulgación de la información sobre salud es un acto voluntario. Puedo rehusarme a firmar la presente autorización. No necesito firmar esta forma para poder obtener tratamiento médico, excepto en los casos específicos como lo serían por órdenes médicas, de acuerdo a la Sección del Código Educativo 49423.5 para proveer de servicios de cuidado especializado de salud física y/o cuidado a estudiantes con problemas de salud (por ejemplo: asma, diabetes, epi-pen (jeringuilla inyectable usada para combatir reacciones alérgicas), sonda de alimentación por gastrostomía, medicamentos, etc.) durante las horas de escuela.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información indicada con anterioridad y acepto que he recibido una copia del presente documento. **Una copia de la presente autorización se considera válida.**

*Firma de Padre o Madre**

Fecha

* "Padre de Familia" podría referirse a cualquier persona que tiene la custodia legal de un niño o niña (por ejemplo: padres biológicos o adoptivos), cualquier estudiante sin un tutor legal o curador, una persona que actúa como el padre del niño o niña si no es el tutor legal ni el padre o la madre puede ser notificado sobre las acciones educacionales a considerar, o un padre sustituto designado. "Padre de familia" no se considera a una escuela privada, no sectaria, o una agencia bajo contrato con la agencia LEA. [EdCode 56028]

CONDADO DE SANTA CLARA
ÁREA DE PLANIFICACIÓN LOCAL SOBRE LA EDUCACIÓN ESPECIAL
AUTORIZACIÓN HIPPA DE PRIVACIDAD PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA/EDUCACIONAL DE LOS ESTUDIANTES

RECONOCIMIENTO

Yo, _____, he leído lo anterior como parte
Nombre del Representante Autorizado del Distrito
relacionada con la designación de un Representante Autorizado del Distrito y por la presente acepto la
designación como representante autorizado del distrito para el estudiante cuyo nombre es:

_____.

Anna Pulido, Director, Student Services

Firma del Representate Autorizado del Distrito

Fecha