

HIGHLINE PUBLIC SCHOOLS

Autorización para intercambio de educación confidencial e información médica.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Yo autorizo el intercambio de educación confidencial o información sobre la salud del estudiante nombrado anteriormente por el propósito de: [] Establecer la elegibilidad de la planificación del programa de educación especial; [] Planificación del tratamiento de la salud; [] Prevención/planificación de los servicios de intervención; u [] Otros _____.

LA INFORMATION SERA COMPARTIDA CON:

Grupo (suministrador, agencia, etc.): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

PERSONAL DEL DISTRITO QUE PUEDE COMPARTIR LA INFORMACION (si es aplicable): _____

Historial de educación pedido (Marque todos los que aplican)

Form with checkboxes for educational records: Expediente académico oficial, Expediente académico, Evaluaciones educacionales/resultado de los exámenes, Expediente de Educación especial, Social/Emocional, Historial de disciplina, Historial psicológico y de consejería, Otro (especifique): _____

Historial médico (Chequee todo lo que aplique)

Form with checkboxes for medical records: Historial médico y evaluaciones de Clínica/Hospital, Reporte del diagnóstico/ Laboratorio/Radiografías, Otro (Especifique): _____, Exclusiones (Especifique): _____

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE: Si el historial médico contiene alguna de las informaciones siguientes, solo se requiere el consentimiento del estudiante si tiene la edad apropiada. La edad necesaria aparece después de cada categoría de información de la salud. (Marque todos los que aplican)

Form with checkboxes for student consent: VIH/SIDA status, diagnosis, tratamiento (14+), Alcohol/ Tratamiento de drogas (13+), Planificación familiar/Enfermedades transmitidas sexualmente (13+), Servicios de salud mental (13+)

RECONOCIMIENTO: Yo reconozco la notificación de esta transferencia de los records educacionales o de salud como se requiere por la Family Educational Right and Privacy Act (la Ley de Derechos de la Familia en la Educación y la Confidencialidad) ("FERPA" por sus siglas en inglés) y la Health Insurance Portability and Accountability Act (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud) ("HIPPA" por sus siglas en inglés), y entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de los historiales a mi costo. Yo puedo pedir un juicio imparcial para cuestionar el contenido de cualquier historial de educación. Esta autorización es voluntaria y entiendo que puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Yo entiendo que una vez que la información ha sido dada, no puede ser retirada y no afectará las acciones tomadas por las partes que recibieron los reportes autorizados a ser distribuidos. Entiendo que cualquier divulgación de información tiene el potencial de ser divulgado por el destinatario, siempre y cuando esa divulgación cumpla con la ley FERPA e HIPPA de Washington. También entiendo que esta autorización no impacta mi habilidad para recibir tratamiento para el cuidado de la salud, servicios, inscripción o elegibilidad para beneficios. Esta autorización terminará al final de cada año escolar a no ser que otra fecha o evento aparezca aquí _____.

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier grupo que reciba records con relación a esta autorización reconoce que la información dada está protegida por el estado y la ley federal. Usted no puede darla a nadie que no aparezca en esta planilla sin el consentimiento escrito de la parte autorizada. Una autorización general para darla es insuficiente. Vea RCW 70.02, et seq.

(PADRE) Letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(ESTUDIANTE) Letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Envíe la información a: Highline School District – Central Files, Atención: _____, 15675 Ambaum Blvd. S.W., Burien, WA 98166

Mande la información (Marcada "CONFIDENCIAL")
Attn: _____