

DISTRITO ESCOLAR DE HIGHLINE
Consentimiento de los padres para que los estudiantes reciban
Consejería durante el horario escolar

Nombre del estudiante:

Escuela:

Fecha:

Yo, _____, padre/tutor del niño/niña arriba mencionado. Doy permiso para que _____ salga de clase para recibir tratamiento del personal de _____, proveedor de servicio autorizado durante las horas de clase del año académico 20__ - 20__.

Archivo de Salud y Educación. La información que el estudiante comparta con el proveedor de tratamiento puede incluir informes que pueden ser protegidos por la ley estatal y federal. Las regulaciones federales que rigen los registros de Confidencialidad de Alcoholismo y Drogadicción, Registros de los Pacientes (42 CFR, Parte 2) y la Probabilidad de un Seguro Médico y la Rendición de Cuentas de 1996 ("HIPPA") (45 CFR, Partes 160 y 164) prohíbe divulgación posterior de los registros pertinentes sin consentimiento escrito por la persona a quien le pertenece, o de cualquier otra manera permitida por tales regulaciones. Una autorización general para la liberación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

En Washington, donde un menor es permitido de acceder a servicios de salud sin permiso de los padres, solo el menor podrá autorizar la divulgación. RCW 70.02.130. Los menores de edad pueden recibir tratamiento de abusos de sustancias y salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios si tienen más de 13 años.

No hay Garantías. El Distrito no hace garantías al tipo o calidad de atención que el estudiante podrá recibir del proveedor de servicios. El padre reconoce que el Distrito no tiene control sobre el servicio o agentes, ni el Distrito controla la atención proporcionada a los estudiantes. El padre está de acuerdo en que todas las demandas o quejas relacionadas con la atención proporcionada al estudiante deberán ser dirigidas directamente al proveedor de servicios.

Cancelación del Permiso. El padre está de acuerdo y entiende que este permiso solo es para el año escolar del 20__ - 20__. El padre podrá revocar este permiso por escrito en cualquier momento, la cual debe ser enviada a _____.

Padre/Tutor _____
(Nombre)

(Firma)

Nombre de la agencia: _____

Teléfono: _____

Contacto: _____

Otra información de contacto: _____