



Autorización conforme a HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act- Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) y FERPA (Family Educational Rights and Privacy Act of 1974- Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974) para el intercambio de registros e información de salud y educación.

Paciente/Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a _____ (nombre y cargo del proveedor de atención médica)

Dirección: _____

Teléfono & Correo Electrónico: _____

Y el Distrito Escolar de Shawnee Mission (c/o nombre/cargo) _____ localizado at 8200 W. 71st Street, Overland Park, KS. 66204 para revelar y compartir registros médicos y de salud e información para los propósitos que se mencionan a continuación:

Propósito (marque todas las casillas correspondientes):

- Examen físico (más reciente)
- Declaración del diagnóstico y tratamiento actual incluyendo órdenes de tratamientos necesarios en la escuela.
- Registros de vacunación
- Intercambio recíproco de información pertinente al diagnóstico, necesidades académicas o progreso
- Otros registros de salud (especifique) _____

La información educativa que se compartirá consiste en (marque todas las casillas correspondientes):

- Registros acumulativos de la escuela (incluyendo calificaciones, asistencia y disciplina)
- Boleta actual de calificaciones
- Registros de Educación Especial
- Intercambio recíproco de información relevante para las necesidades educativas.
- Otros registros educativos (especifique) _____

Esta información se utilizará para los siguientes propósitos:

1. Evaluación de salud y planificación para garantizar servicios y tratamientos seguros de salud en la escuela.
2. Evaluación de la educación y planificación del programa.
3. Otro (por favor especifique) _____

Autorización

Esta autorización es válida para el año escolar, 20__-20__ y / o vencerá el (escriba la fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito retirando el consentimiento. Entiendo que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

PADRE/TUTOR: _____

Firma

Fecha

ESTUDIANTE (Si tiene 18 o es mayor): _____

Firma

Fecha