

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE ST. MARY

Departamento de Servicios Estudiantiles

DIVULGACIÓN DEL REGISTRO DEL ESTUDIANTE

(Debe ser relleno por padres, madre o tutor)

Autorización que cumple con HIPAA para el intercambio y/o divulgación de información sobre vacunas, salud y educación

Nombre del paciente o estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escrito*

Intercambio por escrito de información relativa a la razón de esta petición.

Por la presente autorizo a _____
(escriba el nombre, dirección y número de teléfono)

para que divulgue la información de salud y/o vacunas o de educación, los registros o documentos de mi hijo con el propósito(s) que se menciona(n) a continuación a _____
(escriba el nombre, dirección y número de teléfono)

Verbal*

Intercambio verbal de información relativa a la razón de esta petición.

Por este medio autorizo a _____
(escriba el nombre, dirección y número de teléfono)

y _____
(escriba el nombre, dirección y número de teléfono)

para que intercambie verbalmente la información o registros relacionados a información de salud y/o vacunas y la información y/o registros de educación de mi hijo para el propósito (s) que se menciona(n) a continuación:

* La información solo se comunicará por el medio que se haya marcado arriba.

Descripción:

La información que se divulgará consiste en:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vacunas, según lo exige el Código Anotado de Maryland, Educ §7-403 | <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Orden de medicamento | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica y/o psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Orden de tratamiento | <input type="checkbox"/> Registros escolares oficiales |
| <input type="checkbox"/> Otros registros médicos _____ | |

Propósito:

Esta información se usará para el siguiente(s) propósito(s):

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Admisión a la escuela | <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento médico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación educativa y planificación del programa | <input type="checkbox"/> Evaluación de salud y planificación de servicios de salud y de diagnóstico en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Autorización:

Yo, (nombre de los padres o guardianes legales) _____, autorizo la divulgación de la información de salud y/o vacunas y de educación que se indican arriba a las personas adscritas a la escuela, según lo indicado anteriormente. Entiendo que, si las personas u organizaciones a quienes autorizo para recibir y/o usar el registro de vacunas no están sujetas a las leyes de privacidad de la información de salud federales o estatales, ellos pueden divulgar los registros de vacunas, en cuyo caso, es posible que ya no estén protegidos por las leyes de privacidad de la información de salud.

Esta autorización es válida durante un año natural. Vencerá el _____ (escriba la fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al presentar un aviso escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que, una vez que el distrito escolar reciba estos registros, es posible que no estén protegidos por la norma de privacidad HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés) y formarán parte del expediente acumulativo del estudiante. También entiendo que, si me niego a firmar, esta negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo de recibir atención médica.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono

Firma del estudiante*

Fecha

* Si un estudiante menor de edad está autorizado para dar consentimiento a la atención médica sin el consentimiento de sus padres bajo una ley federal o estatal, solo el estudiante deberá firmar esta autorización. En Maryland, un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir atención de salud mental ambulatoria, tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, pruebas para detectar el VIH/SIDA

y cuidados de salud reproductiva.

Copia: Padre, tutor legal o estudiante*

Copia: Médico u otro proveedor de atención médica que divulgará la información médica protegida

Copia: Funcionario escolar que solicite y/o reciba la información médica protegida

PS 100 - 07/2010 - Divulgación de registros del estudiante