



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente/Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Sección I – Información Solicitada

Nombre/Agencia \_\_\_\_\_

Persona Divulgando la Información \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ Fecha en que se solicitaron los expedientes \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE DEBE DIVULGARSE:

Naturaleza específica de la información que se desea divulgar (Specific nature of information to be disclosed):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con el fin de: \_\_\_\_\_

## Sección II – Autorización

Por la presente autorizo la divulgación de la información de salud descrita en la Sección I a las personas afiliadas a la escuela/agencia indicada en la Sección III. Entiendo que estos registros, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la regla de privacidad de la HIPAA pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de los registros es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago. Puedo revocar mi autorización en cualquier momento escribiendo a Kohlwes Education Center, pero eso no afectará la información ya divulgada. La información divulgada a través de esta autorización puede volver a ser divulgada y ya no está protegida por la HIPAA. Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada abajo a menos que se introduzca aquí otra fecha o evento \_\_\_\_\_.

**Firma de los padres/tutores** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante\*** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para la atención médica sin el consentimiento de los padres en virtud de la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. En Washington, un menor, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir atención de salud mental en régimen ambulatorio y tratamiento contra el alcohol y las drogas, diagnóstico/tratamiento del VIH/SIDA, y servicios de atención a la salud reproductiva.

## Section III – Receiving Agency Information

School/Agency \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

School Nurse \_\_\_\_\_

School Psychologist \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are prohibited from releasing it to any agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient. See chapter 70.02 RCW. Envelope shall be marked "CONFIDENTIAL"

*Persons needing this publication in an alternative format, please contact the ADA/504 Coordinator, Assistant Superintendent, Department of Learning and Teaching, 425-204-2318*

**Distribution:** White: Person Disclosing Information Yellow: Confidential Health Record Folder