

**DISTRITO ESCOLAR DE ST. JOSEPH**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA EL USAR O REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA HIPAA**  
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

El abajo firmante autoriza y solicita que:

Nombre de entidad de asistencia médica o profesional \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono/facsímile \_\_\_\_\_

Liberar información confidencial de salud respecto a:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono/facsímile \_\_\_\_\_  
Número de seguro social \_\_\_\_\_

Esta autorización caduca en: \_\_\_\_\_ O un año después de haber sido firmada si no es especificado.

**El propósito de esta divulgación es para:**

Liberarla a \_\_\_\_\_,

Obtener de \_\_\_\_\_,

o intercambiar información verbal con: \_\_\_\_\_.

La información solicitada es necesaria para: \_\_\_\_\_.

La siguiente persona puede recibir información de salud protegida sobre mi hijo:

Enfermera/Equipo Educativo \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Dirección, teléfono y fax \_\_\_\_\_

Marque/Compruebe los siguientes elementos solicitados:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria        | <input type="checkbox"/> Seguro social  |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos               | <input type="checkbox"/> Un corto resumen del historial de paciente ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Historial de salud completo         | <input type="checkbox"/> Síntesis de notas de Terapia                           |
| <input type="checkbox"/> Historial de salud parcial- indicar | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

lo que desea que se divulgue: \_\_\_\_\_

**Divulgación sobre Abuso de drogas y / o alcohol, información psiquiátrica y / o VIH / SIDA:**

Si los expedientes médicos contienen información sobre salud mental, información genética o VIH / SIDA, Yo autorizo su relevo:

Si     No

Entiendo que:

1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
2. El tratamiento, la elegibilidad para los servicios y la educación no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero eso no afectaría las acciones tomadas antes de recibir la revocación.
4. Si el solicitante / receptor no es un profesional de la salud, la información ya no puede ser protegida por las normas federales de privacidad y puede volver a ser divulgada.
5. Entiendo que la información relacionada con abuso de drogas y / o alcohol será divulgada.
6. Entiendo que puedo obtener una copia de la información descrita en este formulario.
7. Recibiré una copia de esto después de firmarlo.

Firma del Estudiante/Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre del Estudiante / Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante / cliente: \_\_\_\_\_

Presenciado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_