

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CON DISTRITOS ESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información médica identificable, como lo indica abajo, según las leyes de California y federales (por ej., HIPAA) con respecto a la privacidad de tal información. El no completar toda la información requerida puede anular esta autorización.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION:

Nombre paciente/estudiante: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial
Fecha Nacimiento

Yo el otorgante suscrito, autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de cuidado médico):

Proporcionar información médica del expediente médico del niño antes mencionado a y de:
Friendship School 525 Third Street, Imperial Beach CA 91932
Escuela con la cual se hizo la divulgación
Dirección/Ciudad y Estado/CP

Friendship School LVN, Nurse ,Admin (858) 290-5510
Contacto en el distrito escolar
Número completo de teléfono

La información requerida se limitará a lo siguiente:

DURACIÓN:

Esta autorización estará en efecto de inmediato y permanecerá en efecto hasta _____ (fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmó, si no se anotó la fecha.

SAN DIEGO HEALTH CONNECT:

Al firmar esto, entiendo que doy acceso a Friendship School a la información de salud de mi hijo/a en San Diego Health Connect.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe a Friendship School de hacer difusiones adicionales de información sobre la salud de mi hijo/a, a menos que Friendship School obtenga otra autorización mía o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

SUS DERECHOS:

Tengo entendido que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo anular esta autorización en cualquier momento. Esta anulación tiene que ser por escrito, firmada por o mi o de mi parte, y entregada a Friendship School. La anulación será efectiva al ser recibida, pero no será efectiva al extremo de que Friendship School u otros hayan actuado en confianza de dicha autorización.

RE-DIVULGACIÓN:

Entiendo que Friendship School protegerá esta información por medio de la ley federal de derechos educacionales y privacidad (conocida en inglés por sus siglas FERPA) y que la información se vuelve parte del expediente de educación del estudiante. La información se compartirá con individuos que están trabajando en o con Friendship School con el propósito de ofrecer un ambiente educativo y servicios de salud y programas escolares seguros, apropiados, y lo menos restrictivos posible.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Es posible que se requiera la firma de esta autorización para que este estudiante obtenga servicios apropiados en el ambiente educativo.

APROBACION: _____
Nombre en letra de molde
Firma
Fecha

Parentesco al paciente/estudiante
Número completo de teléfono