



Healthy Kids Community Care  
School-Based Health Clinics



## Acuerdo de Intercambio de Información Médica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Proporcionamos atención médica como un equipo: padres/tutores, médicos, enfermeras, dentistas y educadores. También, queremos proteger la confidencialidad del estudiante y de la familia conforme con la Ley de Privacidad de 1974. Si usted firma este formulario, usted da consentimiento a los individuos/las agencias enumeradas abajo de discutir las necesidades médicas de su niño/a y para compartir información de su salud física y mental. Si usted tiene una pregunta o un comentario, llame por favor a la coordinadora de la clínica al 319-631-3204.

Doy consentimiento a las agencias enumeradas abajo para **intercambiar información necesaria** para el cuidado de mi niño/a con la clínica *Healthy Kids School-Based Health Clinics*.

- Your child's SCHOOL**
- Johnson County Public Health** Phone 319-356-6040 Fax 319-339-6176
- College of Dentistry** Phone 319-335-7499 Fax 319-335-8338
- Free Medical Clinic of Iowa City** Phone 319-351-2110 Fax 319-664-3636
- Otro** \_\_\_\_\_

Intercambiar información con: **Healthy Kids School-Based Health Clinics** Phone: 319-631-3204 Fax: 319-688-1009  
1725 N. Dodge St. Iowa City, IA 52245

**Información pedida: Health Information necessary for care coordination/referral (información médica requerida para la coordinación y/o el referido de cuidados)**

(Una copia de esta forma se considera como válido como la original. La persona de contacto enviará copias de esta forma a todos los individuos/agencias enumeradas. Los individuos/agencias enumeradas son responsables de proporcionar la información pidió.)

**Entiendo que:** el personal de *Healthy Kids School Based Clinics* puede enseñarme la información compartida bajo petición. Tengo el derecho de revisar la información enviada a *Healthy Kids School Based Clinics* et el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento. Los registros compartidos son protegidos por la ley federal y estatal y no pueden ser revelados de nuevo.

Antes de firmar el acuerdo de intercambio de información, favor de revisar lo siguiente: Esta autorización es válida hasta los 18 años del niño/a o hasta su revocación, lo que suceda primero. Usted puede revocar este acuerdo, por escrito, en cualquier momento, aunque no tendría efecto sobre la información compartida antes de la revocación.

### **Portabilidad de Seguro médico y Acto de Responsabilidad (HIPAA)/ Aviso de Derechos Educativos de la Familia y Acto de Privacidad (FERPA)**

Cualquiera y toda la información personalmente identificable, en cuanto a niños y familias que reciben servicios de Educación Especial financiados bajo el Acto de Educación de los Individuos con Discapacidad, es protegida de la revelación no autorizado bajo FERPA. La información personalmente identificable protegida por FERPA expresamente es eximida de normas de intimidad HIPAA. FERPA prohíbe la revelación de información personalmente identificable sin el consentimiento paternal excepto en circunstancias limitadas, requiere que el aviso sea dado a la familia del niño en cuanto a sus derechos de privacidad, requiere que proveedores guarden(mantengan) los registros de acceso a los registros de un niño, y contiene la reclamación y los procedimientos de petición(recurso) que se aplican a discusiones sobre los registros de la Educación Especial o sus proveedores, entre otras provisiones. Todos los proveedores de la Educación Especial cumplen con estos procedimientos.

### **Aviso para los Destinatarios de Información de Salud Mental**

Conforme al Acto de Revelación de Información de Salud Mental de Iowa (el Código de Iowa, el Capítulo 228), un destinatario de información de salud mental puede revelar de nuevo esta información sólo con la autorización escrita del sujeto o el representante legal del sujeto o como de otra manera proporcionado en el capítulo 228 y 220. La revelación no autorizada de información es ilegal y perjuicios civiles y penas criminales pueden aplicarse.

Reglas de confidencialidad federales (la 42 CFR Parte 2) restringen cualquier empleo de la información para investigar criminalmente o procesar judicialmente todo abuso de alcohol o drogas del paciente.

### **Aviso a los Destinatarios de Información sobre el Abuso de Sustancias**

Esta información ha sido revelada de registros cuya confidencialidad es protegida según la ley Federal. El Código de Iowa, Capítulo 125 y las reglas Federales (42 CFR, Parte 2) prohíben la revelación posterior sin el consentimiento específico escrito por la persona a quien la información pertenece, o como es permitido según tal estatuto y tales normas. Una autorización general para la revelación de información médica u otra no es por esta razón. Reglas federales restringen cualquier empleo de la información para investigar criminalmente o procesar judicialmente todo abuso de alcohol o drogas del paciente.

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Consentimiento para Recibir Atención Médica

Un estudiante debe tener un formulario de consentimiento firmado antes de ser tratado en *ICCSA Healthy Kids School-based Health Clinics* y *Johnson County Public Health*. Por favor complete la siguiente información y firme el formulario donde se indica (X).

Nombre del PACIENTE \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/padre/o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico/email: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que mi/el/la niño/a reciba servicios médicos de *ICCSA Healthy Kids School-Based Health Clinics* incluyendo medicamentos que se pueden adquirir sin receta médica. El permiso para que el niño/a reciba servicios es válido hasta sus 18 años, a menos que este sea revocado por escrito por la madre, el padre o tutor. Si pido un chequeo general o un examen para deportes para el niño/a, entiendo que aquello es un examen físico apropiado para su edad que hace parte de nuestros servicios comprensivos. Entiendo que toda la información en relación al niño(a) es confidencial y será tratada de acuerdo con las prácticas médicas aceptables y respetando las leyes federales y estatales de privacidad.

FIRMAR AQUÍ \_\_\_\_\_ FECHA X \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento al personal de la clínica *ICCSA Community Care School-Based Health* para:

Actualizar las **vacunas** de mi hijo/hija: **SI** **NO**

Ponerle la **vacuna de la gripe** estacional: **SI** **NO**

### TRANSPORTE

Doy mi consentimiento para que el niño/a sea transportado por el personal de la clínica para recibir servicios de salud si no estoy disponible.

**SI** **NO**

FIRMAR AQUÍ X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_