Tigard-Tualatin School District 23J 503-431-4000
6960 SW Sandburg, Tigard, OR 97223

Autorización para usar y/o revelar información de educación y médica protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o revelar información de educación y/o médica protegida sobre mi hijo.

(Nombre del estudiante/niño) _____ (Fecha de nacimiento) _____

(Otros nombres usados por el estudiante/niño) _____ (Nombre de la escuela o del programa) _____

Nombre y dirección del proveedor de la salud autorizado a:

☐ Enviar/revelar información médica protegida
☐ Recibir/utilizar información de educación

Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado a:

☐ Enviar/revelar información de educación
☐ Recibir/utilizar información médica protegida

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todo lo que corresponda):

☐ Determinar la elegibilidad para servicios de Educación Especial, EI/ECSE u otros servicios
☐ Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño
Crear un plan de salud individualizado
☐ Crear un Programa de Educación Individualizado o Plan Individualizado de Servicios a Familias adecuados
☐ Otro (especifique): _____

3. Al marcar las casillas siguientes, autorizo el uso/la revelación de los siguientes registros médicos y/o de educación específicos:

☐ Declaración de elegibilidad del médico	☐ Información de educación	☐ Evaluaciones psicológicas
☐ Declaración de evaluación médica	☐ Documento IFSP/IEP	☐ Informes de trabajo social
☐ Antecedentes y examen físico	☐ Historias clínicas	☐ Otro: _____
☐ Registro médico completo	☐ Enfermedad(es) transmisible(s)	
☐ Información prenatal	☐ Notas de evolución	

4. Al *poner mis iniciales* en los espacios siguientes, autorizo el uso/la revelación de la siguiente información. Los registros específicos que se solicitan se deben listar a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

___ Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia solicitada. _____
___ Registros solicitados relacionados con VIH/SIDA: _____
___ Información sobre salud mental solicitada: _____
___ Información solicitada de pruebas genéticas: _____

5. Entiendo que:

a. Esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla sin que eso afecte la atención médica de mi hijo.
b. Tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como de revisar o copiar cualquier información a utilizarse o revelarse bajo esta autorización (si lo permiten las leyes del estado y las leyes federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a _____ . Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada antes de que la revocación fuese recibida ni ninguna medida tomada en base a información compartida previamente.
d. Las reglas federales de privacidad para la información médica protegida sólo se aplican a planes de salud, centros de intercambio de información de atención médica o proveedores de salud. Si autorizo la revelación de información médica a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
e. Las reglas federales de privacidad para información de educación sólo se aplican a escuelas y programas EI/ECSE. Si autorizo la revelación de información de educación a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

6. Consiento a que se utilice/revele la información anteriormente mencionada. Entiendo que está prohibido el uso de esta información para cualquier otro motivo que los expresados en la declaración anterior. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida que se haya procedido en base a información ya revelada.

_____
(Firma del padre, tutor legal, estudiante/niño) (Fecha)

_____
(Relación)

Esta autorización vence en _____ (Mes/Día/Año) (no deberá exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).