



**Autorización para la divulgación del historial médico confidencial del estudiante**

Estudiante \_\_\_\_\_ # de Ident. \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Se solicita a (Persona, puesto o departamento) \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Solicitado por: Enfermera \_\_\_\_\_ RN. Correo elect. \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Solicitamos que autorice la divulgación de los archivos indicados a continuación y que proporcione su consentimiento para tener una comunicación verbal entre las partes mencionadas anteriormente, con el propósito de cumplir con las necesidades en materia de salud y seguridad del estudiante en la escuela.

**Tipo de información solicitada:**

- \_\_\_ Resumen de la salud general/estado actual
- \_\_\_ Historial de salud/desarrollo
- \_\_\_ Órdenes del médico o prescriptor certificado
- \_\_\_ Evaluación de la vista/reporte de tratamiento
- \_\_\_ Evaluación del oído/reporte de tratamiento
- \_\_\_ Evaluación de la conducta/salud mental
- \_\_\_ Resultados de la evaluación diagnóstica
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Esta información es necesaria para:**

- \_\_\_ Planear las adaptaciones para la salud y seguridad
- \_\_\_ Evaluación del estado de salud y efecto en la educación
- \_\_\_ Administración de medicinas y procedimientos
- \_\_\_ Provisión de servicios escolares y de salud apropiados
- \_\_\_ Clarificación/entender las necesidades médicas complejas
- \_\_\_ Ayuda para la conducta/salud mental
- \_\_\_ Comunicación de necesidades médicas/acceso a cuidado
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**SÍ NO**

- He recibido información completa y entiendo la solicitud de la escuela para dar mi consentimiento, como se indica anteriormente.
- Entiendo que este consentimiento es voluntario, válido por 180 días y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento.
- Entiendo que una vez que el Distrito Escolar Independiente de Dallas haya recibido los archivos de salud, estos serán parte de los archivos educativos, los cuales están bajo la protección de la ley de Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad. El historial médico incluido en esos archivos será compartido únicamente con el personal de la escuela que tenga un interés legítimo en esta información.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, tutor legal o adulto/estudiante menor de edad emancipado

Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor legal o adulto/estudiante menor de edad emancipado

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección del padre, tutor legal o adulto/estudiante menor de edad emancipado

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete, si se utilizó uno

Fecha \_\_\_\_\_