

# CONSENTIMIENTO FERPA/HIPPA (opcional)

*Debe firmar el reverso*

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ENTRE PROVEEDORES MÉDICOS y DISTRITOS ESCOLARES

La finalización de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales (incluida HIPPA) relativas a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

### INFORMACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de atención médica):

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

Proporcionar información de salud del expediente médico del niño mencionado anteriormente hacia y desde:

**Distrito Escolar Black Hawk**

**202 este centro de la calle**

**Wayne, Wisconsin 53587**

Oficial del distrito escolar para

Qué divulgación se hace

**Sara A Kaster APNP, RN, FNP-BC**

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_

La información solicitada se limitará a lo siguiente: \_\_\_ Toda la información de salud mínima necesaria; o

\_\_\_ Información específica de la enfermedad como se describe:

\_\_\_\_\_

**DURACIÓN:**

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma, si no se indicó ninguna fecha.

**RESTRICCIONES:**

La ley prohíbe al Solicitante hacer más revelaciones de mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**SUS DERECHOS:**

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: *Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada al distrito escolar/agencias de atención médica/personas mencionadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigor al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado basándose en esta Autorización.*

**NUEVA DIVULGACIÓN:**

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y que la información pasa a formar parte del registro educativo del estudiante. La información se compartirá con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, apropiados y menos restrictivos.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Es posible que sea necesario firmar esta autorización para que este estudiante obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

**APROBACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha