

## Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Para poder compartir información médica protegida con el Distrito escolar, es posible que su proveedor de servicios de salud le pida que complete el siguiente formulario para cumplir con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Por favor complete, firme y entregue el formulario a su proveedor de servicios de salud y/o a la enfermera de la escuela para evitar demoras en la atención de su hijo/a.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al(los) profesional(es) de salud de mi hijo/a que se indican a continuación:

Nombre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

a que divulguen los expedientes médicos de mi hijo/a, \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ dirigidos al siguiente personal del Distrito:  Director Médico  Enfermera Escolar

Entrenador Atlético (AT)  Consejero/a  Terapeuta Ocupacional (OT)  Terapeuta Físico (PT)  Psicólogo

Trabajador Social  Terapeuta del Habla (ST)  Otro \_\_\_\_\_

### El proveedor de salud puede revelar la siguiente información: (Madre/Padre/Tutor/Escuela: marque todo lo que corresponda)

Vacunas  Evaluaciones de salud  Condiciones médicas pasadas/actuales y su impacto en la asistencia, el atletismo o la programación o terapia escolar

Otro \_\_\_\_\_

### La Información de Salud Protegida puede ser usada, divulgada o recibida para el/los siguiente(s) propósito(s): (Madre/Padre/Tutor/Escuela: marque todo lo que corresponda)

Para desarrollar planes de cuidado o terapia para el manejo rutinario y emergente en la escuela

Para diseñar programas educativos, escolares o deportivos adecuados

Para evaluar el impacto de la(s) condición(es) médica(s) en la programación escolar y/o asistencia

Para compartir observaciones/preocupaciones escolares en torno al comportamiento

Para evaluar una razón médica para la modificación de transporte y/o tutoría a domicilio

Entrega de medicamentos o prescripciones terapéuticas

A petición del paciente sin propósito específico

Otro \_\_\_\_\_

Reconozco que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad del consultorio de mi Proveedor de Salud y al Edificio de Administración del Distrito. Entiendo que la revocación de esta autorización no es efectiva si el Proveedor de Salud o el Distrito han utilizado la autorización para la divulgación de la Información Médica Protegida antes de recibir mi notificación de revocación por escrito. Entiendo que cualquier Información de Salud Protegida divulgada como resultado de esta Autorización a cualquier persona no cubierta por las leyes y regulaciones de privacidad estatales y federales puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que el tratamiento de mi hijo/a no depende de mi acuerdo de divulgar o retener información. Reconozco que el Distrito compartirá la información escolar pertinente con mis proveedores de salud y, cuando corresponda, con los organismos gubernamentales que sean necesarios para los reembolsos. Doy permiso para que los representantes de la escuela arriba mencionados compartan y divulguen información como se indica arriba con el Proveedor de Salud indicado.

**MADRE/PADRE/TUTOR: Esta autorización es válida por el tiempo que su hijo/a asista al Distrito de Williamson. USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. Una copia firmada de esta autorización debe ser entregada a los padres del menor o usted puede optar por renunciar a ese derecho.**

Renuncio a mi derecho a recibir una copia de esta notificación.



Firma de la madre/padre/tutor o del estudiante, si es mayor de 18 años

Relación

Fecha