



**AASD CONFIDENCIAL**

**DISTRITO ESCOLAR DEL AREA DE APPLETON**

**Autorización para intercambiar información sobre salud y educación**

**Cumple con las normas de FERPA e HIPAA**

**---LETRA DE MOLDE POR FAVOR---**

**Nombre del Paciente/ Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ [*anotar nombre y título del proveedor de salud*]

y a \_\_\_\_\_ [*anotar nombre y título del funcionario oficial*]

poder intercambiar información y archivos de salud y educación para propósitos enumerados al calce.

\_\_\_\_\_  
[*anotar dirección y teléfono de la escuela / distrito escolar*]

\_\_\_\_\_  
[*anotar dirección y teléfono del proveedor de salud*]

**Descripción:**

**La información de salud específica por divulgarse consiste en lo siguiente:**

**La información de educación que se divulgará:**

\_\_\_\_\_ Reportes de progreso (**favor de especificar**)

\_\_\_\_\_ Reportes de comportamiento (**favor de especificar**)

\_\_\_\_\_ Reportes de salud (**favor de especificar**)

\_\_\_\_\_ Reportes del paciente / atención médica (**favor de especificar**)

**Propósito: Esta información se usará para lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ Evaluación de educación y planeación de programas.

\_\_\_\_\_ Valoración de salud y planeación de servicios de cuidado en salud y tratamiento en la escuela.

\_\_\_\_\_ Evaluación y tratamiento médico.

\_\_\_\_\_ Otros:

**HIPAA-Autorización de conformidad para intercambio de información sobre Salud y Educación**

Nombre del paciente / estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION**

**SUS DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACION:**

**Derecho de revisar o copiar la información de Salud por usarse o divulgarse** ---Entiendo que tengo el derecho de revisar o copiar la información de salud que he autorizado ser usada y divulgada en esta autorización. Puedo acordar inspeccionar mi información de salud u obtener copias de la misma llamando al departamento de información de salud de la escuela.

**Derecho a recibir copia de esta autorización**---Entiendo que si firmo esta autorización, a lo cual no se me obliga, debo recibir una copia firmada de la misma.

**Derecho de rehusarse a firmar esta autorización** ---Entiendo que no tengo obligación de firmar esta autorización y que las personas y/o organizaciones anotadas arriba, a las cuales autorizo usar y divulgar la información, no pueden hacer depender tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de cuidados de salud en mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a rescindir esta autorización**---Entiendo que es necesario cancelar esta autorización por escrito. Para obtener información en cómo rescindir mi autorización o para recibir una copia de mi rescisión, debo ponerme en contacto con el departamento de información de salud de la escuela. Tengo presente que mi rescisión no será efectiva en cuanto a los usos y divulgaciones que las personas anotadas arriba hayan hecho anteriormente con relación a esta autorización.

Esta autorización es válida por un año de calendario. Expirará en \_\_\_\_\_[anotar fecha]. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando aviso por escrito del retiro de mi consentimiento y que la revocación escrita debe entregarse a la agencia / organización a la cual autoricé a divulgar información. Acepto que los archivos de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, no estarán protegidos según el Acta de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y pueden convertirse en registros de educación protegidos por el Acta de Derechos Familiares Educativos y Privacidad (FERPA) con protección adicional permitida por la Ley de Wisconsin (Sección 118.125(2m)(a)(b) y 146.81-146.84, Estatutos de Wisconsin). También entiendo que si me rehúso a firmar, dicho rechazo no interferirá con la posibilidad de mi hijo(a) obtenga cuidados de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si se autoriza a un estudiante menor de edad a aceptar cuidados de salud sin consentimiento paternal, según la ley federal o estatal, únicamente dicho estudiante firmará esta autorización. En Wisconsin, un menor competente, dependiendo de su edad, puede consentir a tratamiento de abuso de alcohol o drogas, pruebas de HIV/AIDS, y servicios de planeación familiar.

Copias: Padre o estudiante\*

Médico u otro proveedor de cuidados de salud que divulgue información de salud protegida

Funcionario escolar que pida / reciba la información de salud protegida