BSD
BELGRADE SCHOOL DISTRICT #44
312 N. Weaver, P.O. Box 166, Belgrade, MT 59714

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

_____
Nombre y apellidos Apellidos, Nombre, Fecha de nacimiento Teléfono

_____
Dirección Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Autorizar los registros entregados a y desde:

Escuelas públicas de Belgrado
Nombre

312 N. Weaver St
Dirección

Belgrado MT 59714
Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Registros entregados a y desde:

_____
Nombre

_____
Dirección

_____
Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Tipo o alcance de la información que se divulgará: (Marque todas las categorías aplicables)

____Historiales médicos y/o sanitarios relacionados
____Evaluaciones psicológicas o informes de trabajo social
____Discapacidades del desarrollo/aprendizaje
____Programa educativo individualizad
____Informes de laboratorio
____Consultas
____Evaluaciones e informes relacionados
____Otros

Finalidad o necesidad de la liberación: _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta _____o durante un año a partir de la fecha de firma,
Fecha

y SE APLICARÁ o NO SE APLICARÁ a los registros creados después de la fecha de la firma.

Comprendo que la información utilizada o divulgada sobre la base de esta autorización puede posiblemente ser divulgada nuevamente por el destinatario, y/o dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad. Entiendo que si acepto firmar esta autorización, se me proporcionará una copia de la misma. Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/u organización(es) arriba indicada(s) a la(s) que autorizo a utilizar y/o divulgar mi información no puede(n) condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir prestaciones de atención médica a mi decisión de no firmar esta autorización. Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. También soy consciente de que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos y/o divulgaciones de mi información médica que ya se hayan realizado en referencia a esta autorización.

_____ _____
Firma del paciente (incluidos los menores de 14 años o más) Fecha
a (Si firma una persona distinta del paciente, indique la relación con éste)

_____
Firma del padre, madre o tutor