



# INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y REGISTROS EDUCATIVOS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

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

No. de historia clínica  
(para completar por el personal)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### USAR Y DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS O REGISTROS EDUCATIVOS ENTRE:

Instalación o nombre: <b>Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children</b>	Nombre del distrito: _____
Domicilio: <b>1600 Rockland Road</b>	Nombre de la escuela: _____
Ciudad/estado/ Cod. postal: <b>Wilmington, DE 19899</b>	Domicilio: _____
Teléfono#: _____	Teléfono#: _____
	Fax #: _____

### AUTORIZACIÓN:

1. Autorizo al personal de enfermería escolar y al personal médico de Nemours a discutir y compartir registros educativos e información de salud.
2. Comprendo que el personal de enfermería escolar tendrá acceso a la información relacionada con el tratamiento y no tratamiento contenida en el registro médico de mi hijo.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Nemours y a mi escuela a las direcciones mencionadas arriba.
4. Comprendo que mi revocación no afecta las divulgaciones hechas antes de que se reciba y procese la revocación.
5. Comprendo que la firma de esta autorización es totalmente voluntaria.
6. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

**FECHA DE CADUCIDAD:** Esta autorización caducará cuando finalice el año escolar actual (15 de agosto) a menos que se especifique una fecha anterior: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor/representante legal\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor/representante legal en imprenta\*: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\* Padre o estudiante elegible, tal como se establece y define en la Ley de Derechos de Privacidad y Educación Familiar (FERPA)