

Asunto: Autorización para difundir Registros de Vacunación y Salud Física en las escuelas.

Estimados Padres / Tutores:

La ley actual de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) es una ley federal que establece normas acerca de quiénes pueden ver y recibir información sobre su salud. HIPAA se designó para proteger la información individual de cada uno de los estudiantes en la escuela, tales como registros de vacunación y salud física. Esto significa que cualquier información de salud o demográfica, ya sea oral o escrita y registrada en cualquier forma o medio, obtenida de un individuo; es creada o recibida por un proveedor de atención médica como los que se enumeran a continuación. Bajo la ley HIPAA, se requiere que los proveedores de atención médica obtengan la autorización de los padres para compartir información médica personal con los distritos escolares.

Por lo tanto, solicitamos su permiso para difundir únicamente los registros de vacunas y / o registros de salud físicos de la escuela de su estudiante de las siguientes opciones:

Por favor, indique la ubicación de los registros de vacunación de su estudiante.

- ☐ Departamento de Salud del Condado de Kane, 1330 N. Highland, Aurora, IL 60506
- ☐ Departamento de Salud del Condado de Kendall, 811 W. John Street, Yorkville, IL 60560
- ☐ Médico (Nombre y Dirección)

- ☐ Otro (Por favor, especifique abajo)

Yo, _____, por la presente autorizo la entrega de los registros de vacunación y salud
(Nombre del Padre / Tutor)

física de mi hijo/a _____, cuya fecha de nacimiento es _____
(Nombre del estudiante) (Fecha de nacimiento)

Firma de Padre / Tutor

Fecha

Nombre de Padre / Tutor en letra de molde

Dirección

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información anterior, no dude en ponerse en contacto con la enfermera de la escuela.