

Descripción

La información de salud que se divulgará consiste en lo siguiente:

La información educativa que se divulgará consiste en lo siguiente:

1. Evaluación educativa y planificación de programas.
2. Evaluación y planificación de la salud para garantizar servicios de atención médica y tratamiento seguros en la escuela.
3. Evaluación y tratamiento médico.
4. Otro: _____

Autorización:

Esta autorización tiene una validez de un año o según lo especificado: _____

Expira el: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por la agencia de educación local (LEA), ya no estarán protegidos por HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

Nombre del Padre/Tutor Legal Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

Nombre del estudiante Fecha

Firma del estudiante Fecha

**Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de los padres según la ley federal o estatal. Solo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización.*