

FOLSOM CORDOVA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Health Programs

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

PARA: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de FAX: _____

Autorización del Padre o Tutor Legal:

Esta autorización permanecerá válida por no más de un año de la fecha en que ha sido firmada. Por este medio yo solicito y autorizo el intercambio de información confidencial y/o la divulgación del siguiente historial pertenecientes a mi hijo entre usted y el personal profesional del Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova. Yo entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización y que tengo derecho a rehusar firmarla. Yo entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización mediante un aviso escrito. La revocación por escrito será efectiva al tiempo en que ésta sea recibida, pero no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la información de salud usada o divulgada conforme a esta autorización pudiera estar sujeta a volverse a compartir por la agencia que la está recibiendo y no estar protegida ya más por las leyes y regulaciones federales concernientes a la protección de la información de salud. Yo entiendo además que la confidencialidad de la información cuando es divulgada a una agencia de educación pública como el historial de un estudiante está amparada bajo la Ley de Protección de los Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (FERPA por sus iniciales en ingles).

Nombre del Padre o Tutor Legal (use letra de molde): _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE: Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Proveedor de Servicios de Salud: _____

Número de Identificación Médica: _____

INFORMACIÓN Y/O HISTORIAL SOLICITADO: La divulgación de información estará limitada a antecedentes médicos y/o condiciones de diagnóstico que correspondan al cuidado de mi hijo (a) mientras esté asistiendo al Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova.

EL PROPÓSITO POR EL CUAL DICHA INFORMACIÓN ES NECESARIA: para planear e implementar un programa educativo para el estudiante en un ambiente seguro tomando en consideración cualquier tipo de limitaciones médicas que el estudiante pudiera tener.

DEVUÉLVASE A: Health Programs, Folsom Cordova Unified School District
1965 Birkmont Drive, Rancho Cordova, CA 95742
Número de Teléfono: (916) 294-9013 Fax: (916) 294-9020