



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LYNWOOD
11321 Bullis Rd. Lynwood, CA. 90262
Número Telefónico (310)886-1400 / Fax (310) 886-4884

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA Y/O EDUCACIONAL

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/PACIENTE

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
Género: ☐ Femenino ☐ Masculino Dirección: _____
Ciudad: _____, CA Código Postal: _____
Escuela que está Asistiendo Actualmente: _____
Número de Identificación Estudiantil: _____

B. YO AUTORIZO QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA DE LO SIGUIENTE: _____
Iniciales

- ☐ Proveedor de Cuidado de Salud/Clínica/Otro: _____
Número/s Telefónico/s: _____ Registro médico: _____
☐ Proveedor de Cuidado de Salud/Clínica/Otro: _____
Número/s Telefónico/s: _____ Registro médico: _____

C. INFORMACIÓN QUE DEBE SER COMPARTIDA CON/USADA, POR EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LYNWOOD:

Persona de Contacto: _____ Título: _____ Número Telefónico: _____
Escuela/Departamento: Special Education Dirección: 11321, Bullis Road, Lynwood, CA. 90262
Número de Fax: (310)639-6096 Correo electrónico: _____

PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

- ☐ Asistir en la determinación del programa educativo escolar más apropiado/acomodaciones de aprendizaje
☐ Asistir en proporcionarle cuidado médico durante el día escolar
☐ Otro: _____

D. DESCRIPCIÓN/TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Información médica | ☐ Historial médico | ☐ Medicamento(s) (actual/es) |
| ☐ Regresar a la escuela (ausencia) | ☐ Plan de tratamiento | ☐ Recomendación para la escuela |
| ☐ Salud mental | ☐ Diagnóstico | ☐ Información específica de la enfermedad |
| ☐ Resultados de laboratorio pertinentes | ☐ Registros de vacunas | ☐ Información de drogas/alcohol |
| ☐ Formas de calificación | ☐ Preocupaciones de conducta | ☐ Otro: _____ |

E. FIRMA AUTORIZANDO EL CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN:

La firma de abajo certifica que la información de arriba es verdadera y correcta. Yo comprendo que la información compartida puede incluir información sobre el tratamiento, hospitalización o cuidado externo, incluyendo un impedimento psicológico/psiquiátrico, abuso de droga, alcoholismo, SIDA, o examen de VIH, y le da permiso a la persona solicitando esta información para comunicarse con el proveedor de cuidado de salud, al menos que de lo contrario este excluido aquí: _____

También comprendo que el distrito escolar es responsable por el mantenimiento de archivos confidenciales para tener acceso y ser repasado solamente por personal involucrado en la educación. Expedientes de salud, psicológicos y académicos, son intercambiados entre escuelas públicas de California.

He leído y comprendido los "Derechos y Prohibiciones de Autorización" que se encuentran por detrás de esta forma. Al menos que este revocada, esta autorización queda sin efecto en (1) año, al menos que por lo contrario este indicado aquí:

Nombre del Padre/Tutor Legal (Favor de imprimir) _____ Fecha: _____
Relación con el estudiante/paciente _____ Número del celular () _____
Firma del Padre/Tutor Legal _____ Número telefónico de la casa/trabajo () _____