

Autorización para usar y/o divulgar información educativa y de salud protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o revelar información de educación y/o médica protegida sobre mi hijo/a.

(Nombre del estudiante/niño)

(Fecha de nacimiento)

(Otros nombres usados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o del programa)

Nombre y dirección del proveedor de la salud autorizado a:

Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado a:

- Enviar/revelar información médica protegida
 Recibir/utilizar información de educación

- Enviar/revelar información de educación
 Recibir/utilizar información médica protegida

Greater Albany Public Schools- District Nurses

2 1 0 0 SW Elm St, Albany OR 9 7 3 2 1

Teléfono: 541-967-4554 FAX: 5 4 1 - 7 0 4 - 1 1 4 5

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para servicios de Educación Especial, EI/ECSE u otros servicios
<input type="checkbox"/> Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño
<input checked="" type="checkbox"/> Crear un plan de salud individualizado | <input type="checkbox"/> Crear un Programa de Educación Individualizado o Plan Individualizado de Servicios a Familias adecuados
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
|---|--|

3. Al marcar las casillas siguientes, autorizo el uso/la revelación de los siguientes registros médicos y/o de educación específicos:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico
<input type="checkbox"/> Declaración de evaluación médica
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico
<input checked="" type="checkbox"/> Registro médico completo
<input type="checkbox"/> Información prenatal | <input type="checkbox"/> Información de educación
<input type="checkbox"/> Documento IFSP/IEP
<input type="checkbox"/> Historias clínicas
<input type="checkbox"/> Enfermedad(es) transmisible(s)
<input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas
<input type="checkbox"/> Informes de trabajo social
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|---|

4. Al **poner mis iniciales** en los espacios siguientes, autorizo el uso/la revelación de la siguiente información. Los registros específicos que se solicitan se **deben** listar a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

- Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia solicitada. _____
- Registros solicitados relacionados con VIH/SIDA: _____
- Información sobre salud mental solicitada: _____
- Información solicitada de pruebas genéticas: _____

5. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla sin que eso afecte la atención médica de mi hijo/a.
- b. Tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como de revisar o copiar cualquier información a utilizarse o revelarse bajo esta autorización (si lo permiten las leyes del estado y las leyes federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
- c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a las Enfermeras del Distrito de GAPS. Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada antes de que la revocación fuese recibida ni ninguna medida tomada en base a información compartida previamente.
- d. Las reglas federales de privacidad para la información médica protegida sólo se aplican a planes de salud, centros de intercambio de información de atención médica o proveedores de salud. Si autorizo la revelación de información médica a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- e. Las reglas federales de privacidad para información de educación sólo se aplican a escuelas y programas EI/ECSE. Si autorizo la revelación de información de educación a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

6. Consiento a que se utilice/revele la información anteriormente mencionada. Entiendo que está prohibido el uso de esta información para cualquier otro motivo que los expresados en la declaración anterior. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida que se haya procedido en base a información ya revelada.

(Firma del padre, apoderado legal, estudiante/niño/a)

(Fecha)

(Nombre en letra de molde de la firma y parentesco)

(Fecha)

Esta autorización vence el _____ (Mes/Día/Año) (no deberá exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).

Autorización para usar y/o divulgar información educativa y de salud protegida

Propósito del formulario:

- Este formulario fue creado para que las agencias educativas pudieran solicitar información a las entidades de salud que requieren formularios de divulgación de cumplimiento con la HIPAA. (HIPAA: Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico)
- Este formulario se utiliza cuando hay una necesidad de obtener el consentimiento de un padre, apoderado legal o estudiante/niño para autorizar a la agencia nombrada a:
 - Enviar/divulgar información médica protegida y/o información educativa; y/o
 - Recibir/usar información médica protegida y/o información educativa

Instrucciones para completar el formulario:

Casilla 1. Requerido.

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante/niño, incluyendo el segundo nombre;
- Ingrese otros nombres usados por el niño, incluyendo apodos
- Ingrese la fecha de nacimiento del niño;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de atención médica que enviará o recibirá la información médica y/o educativa protegida solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o programa EI/ECSE que envía o recibe la información médica y/o educativa protegida solicitada; y
- Marque todas las casillas apropiadas que correspondan indicando cual proveedor está autorizado a enviar y cual proveedor está autorizado a recibir información médica y/o educativa protegida.

Casilla 2. Requerido.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a cómo se utilizará la información médica y/o educativa protegida solicitada. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla "Otro" y especifique un tipo de propósito diferente.

Casilla 3. Requerido.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a los registros médicos y/o educativos específicos solicitados. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla "Otro" y especifique un tipo de registro diferente.

Casilla 4. Requerida solo si se solicita alguno de los cuatro tipos de registros indicados. Esta casilla debe dejarse en blanco si no se solicita ninguno de estos cuatro tipos de registros.

- Los cuatro tipos de registros indicados requieren un nivel adicional de protección. Para solicitar cualquier registro en la Casilla 4, el tipo específico de registro debe ser listado en los espacios provistos y el padre, apoderado legal o estudiante/niño debe colocar sus iniciales en el espacio antes de cada tipo de registro solicitado. Por ejemplo, para la información de salud mental, un programa podría indicar "Evaluaciones psicológicas" y luego el padre, apoderado o estudiante/niño colocaría sus iniciales en el espacio al principio de la línea de información de salud mental.

Casilla 5. Requerido.

- Esta casilla contiene información relacionada con los derechos de los padres, tutores o niños al otorgar autorizaciones, incluyendo el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de firmar, el derecho a inspeccionar la información que se va a usar y/o divulgar y el derecho a revocar la autorización. Se proporciona información que aclara que cuando se envíen los datos solicitados, las leyes que protegen esa información pueden dejar de aplicarse, ya que la agencia receptora puede no estar obligado por las mismas leyes que la agencia emisora.
- En el punto c., identifique quién recibirá la revocación potencial. La declaración aclara que, si ya se ha realizado una acción, por ejemplo, ya se ha enviado información médica protegida, entonces la revocación de esa información específica no es válida. Sin embargo, la agencia puede devolver voluntariamente la información recibida después de que la revocación haya sido firmada y presentada.

Casilla 6. Requerido.

- El padre, apoderado legal o estudiante/niño debe firmar para que la autorización sea válida. Si es el padre o apoderado, se debe indicar el parentesco con el niño. La fecha de la firma debe ser colocada.
- La autorización solo es válida para los fines marcados o declarados en el formulario.

Casilla 8. Requerido.

- El mes, día y año de vencimiento de esta autorización debe incluirse en el espacio provisto. La fecha no debe pasarse por un año a partir de la fecha de la firma.

Instrucciones adicionales

- Coloque una copia de este formulario en el archivo del estudiante/niño.
- La HIPAA requiere que el programa del distrito escolar/EI/ECSE entregue una copia del formulario de autorización a las personas que lo firmen y soliciten una copia. Sin embargo, se recomienda la práctica de que el distrito/programa escolar le dé automáticamente al padre, apoderado o estudiante/niño una copia del formulario después de que lo haya firmado, ya sea que lo solicite o no, para que tenga un registro de la autorización.