

CORPORACIÓN ESCOLAR LAFAYETTE
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
Y EXPEDIENTES ACADÉMICOS

Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

1. Esta autorización para la divulgación de información de salud protegida se otorga de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), las regulaciones asociadas que rigen la privacidad de la información de salud de identificación individual (45 C.F.R § 164.500 et seq., según enmendada), y de conformidad con la ley aplicable de Indiana.
2. Por la presente, usted está autorizado a divulgar y divulgar a los agentes designados de Lafayette School Corporation, 2300 Cason Street, Lafayette, IN 47904 lo siguiente:

Los registros correspondientes a _____ como se indica a continuación:

_____ Registros de salud escolar y vacunación	_____ Plan de Educación Individual (I.E.P)
_____ Nota(s) de visita al consultorio	_____ Plan de Salud Individual (I.H.P.)/Plan de acción
_____ Medicamento(s) activo(s)	_____ Plan Lingüístico Individual (I.L.P.)
_____ Pruebas psicológicas	_____ Evaluaciones psicoeducativas
_____ Nota(s) de la terapia	_____ Comportamiento en el aula
_____ Resúmenes de Conferencias de Casos	_____ Registros de Logros Escolares

Otro: _____

Entiendo que la Información de Salud Protegida en _____ medical registro puede incluir información relacionada con Enfermedades transmisibles peligrosas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o el virus de inmunodeficiencia humana (HIV). Eso también puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para la adicción al alcohol y las drogas.

Firma del paciente/tutor legal _____

3. La divulgación anterior se realiza con el propósito del tratamiento del Estudiante.
4. Entiendo que la Corporación Escolar Lafayette no puede exigirme que firme esta autorización como condición para proporcionar tratamiento de atención médica a mi estudiante. También entiendo que este consentimiento firmado es necesario para que se produzca la comunicación con los proveedores de atención médica de mi estudiante.
5. **Esta autorización será válida a partir del _____ y expirará al final del año escolar en curso o cuando sea revocada por escrito por el padre o tutor.**
6. Esta solicitud es para registros escritos y comunicaciones orales entre la(s) persona(s) designada(s) en el Sección 2 o su representante y el/los proveedor(es) Ej. Pediatra, hospital, médico, especialista: _____

7. La fotocopia de esta autorización será válida como original.
8. Avisos:
 - a. La persona nombrada a continuación tiene el derecho de revocar esta autorización notificando a Lafayette School Corporation por escrito. Después de que dicha revocación se entregue a Lafayette School Corporation, no se divulgará más información de conformidad con esta Autorización.
 - b. El proveedor de atención médica mencionado anteriormente no puede cambiar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en función de si la persona firma esta autorización.

Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor legal

Relación con el paciente

Dirección

Número de teléfono (trabajo/casa/celular)