

**PASCO SCHOOL DISTRICT #1 - HEALTH SERVICE CENTER**

Nursing Department

4403 W Court St. Suite A - Pasco, WA 99301

Phone: (509) 416-7826 x2131 - Fax: (509) 416-7816

**Autorización para Divulgar/Obtener/Intercambiar Información Médica del Paciente**

Autorizo al siguiente proveedor de asistencia médica/clínica a utilizar y divulgar una copia de la información médica descrita:

**Información del Proveedor**

Representante de la Clínica o Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Paciente**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre Legal) Apellido Nombre Segundo nombre Mes Día Año**Autorización y Entrega**Autorizo al proveedor y/o a la clínica a: ☐ Enviar a ☐ Obtener de ☐ Intercambiar con ( sólo información verbal )

Representante del PSD: \_\_\_\_\_ Escuela / Edificio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: Pasco Estado: WA Código Postal: 99301

Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Envíe los expedientes a través de: ☐ Correo ☐ Fax ☐ Correo electrónico**Propósito**

El motivo de la divulgación del expediente(s) es para la planificación escolar, seguridad y \_\_\_\_\_.

**Información****Expedientes de las fechas**de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
Mes/Año Mes/Año

Si no se especifica ninguna fecha, sólo se entregará la documentación clínica más reciente.

- ☐ Historia y Examen Físico
- ☐ Notas de Progreso
- ☐ Informes de Diagnósticos (lab, x-ray, ECG, etc.)
- ☐ Resumen del Alta Médica
- ☐ Expedientes Académicos
- ☐ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Yo autorizo específicamente al proveedor de atención médica/clínica mencionado arriba a entregar la información médica que ha sido indicada:

- ☐ Atención Reproductiva
- ☐ Infecciones de Transmisión Sexual (incl. VIH/SIDA)
- ☐ Salud Mental
- ☐ Abuso de Alcohol/Drogas

**Firmas**

Esta autorización se vence un (1) año a partir de la fecha firmada, a menos que se indique aquí otra fecha o acontecimiento: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- El firmar esta autorización de divulgación de información médica es un acto voluntario.
- Se requiere la firma de un menor (de 13 a 17 años) para divulgar información relacionada con la atención reproductiva, la salud mental y/o el diagnóstico o tratamiento del abuso de alcohol y drogas.
- Esta información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar según las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). Tenga en cuenta que si la solicitud se refiere a información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito está protegida por las normas de privacidad FERPA de un distrito escolar y no por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al informar por escrito al Centro de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Pasco.

Firma del Paciente Menor de Edad

Nombre en Letras de Imprenta

Fecha de Firma

Firma del Paciente/ Representante Legal

Nombre en Letras de Imprente

Fecha de Firma

Parentesco con el Paciente

(\_\_\_\_)

Número de Teléfono