



Glenview Escuelas Distrito 34
1401 Greenwood Road
Glenview, Illinois, 60026-1511
www.glenview34.org

Autorización de uso y divulgación de registros de educación protegida e información de salud

Paciente/Nombre Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por la presente autorizo: _____

Teléfono: _____

{Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar los registros}

divulgar información médica protegida y / o registros educativos para: _____

Teléfono: _____

{Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar los registros}

- ☐ **Marque** Si se otorga autorización para las partes mencionadas anteriormente para intercambiar mutuamente la información.
- ☐ **Todos los Registros Permanentes**
(Incluye, entre otros, información de identificación básica, expedientes académicos, registros de asistencia, registros de salud y puntajes recibidos en todas las evaluaciones estatales)
- ☐ **Todos los Registros Temporarios**
(Incluidos, entre otros, puntajes en evaluaciones estatales, registros de salud y disciplina, informes de accidentes, resultados de exámenes, boletines de calificaciones, información de monitoreo de progreso, registros de educación especial, registros de la Sección 504)

Si no son todos los registros, seleccione todos los que correspondan de las siguientes opciones:

Información sobre Educación:

____ Grados/reporte/transcripciones
____ Evaluaciones psicológicas
____ Evaluaciones de habla y lenguaje/
reportes
____ Evaluaciones (locales y estatales)
____ IEP/504 planes/documentos elegibilidad
____ Historial de Salud
____ Evaluación terapia Educacional/reportes
____ Evaluación terapia Física/reportes
____ Evaluación Social/historias
____ Evaluaciones neuropsicológicas
____ Información de tecnología asistiva.
____ Comportamiento/disciplina información
____ Solo cubriendo el periodo de tiempo
del ____/____/____ hasta ____/____/____

Información médica:

____ Historial Medico
____ Planes de tratamiento
____ Registros de inmunización
____ Asesoramiento de enfermería
____ Formularios físicos escolares
____ TB o otros resultados del Lab.
____ Registros de medicación
____ HIV información
____ Detección de plomo
____ Dental
____ Solo cubriendo el periodo de tiempo
del ____/____/____ hasta ____/____/____

Información de salud mental:

____ Planes de Tratamiento
____ Evaluaciones psiquiátricas
____ Evaluaciones psicológicas
____ Evaluaciones neuropsicológicas
____ Evaluaciones clínicas
____ Notas de tratamiento
____ Notas clínicas
____ Registros de medicación
____ Resúmenes de alta
____ Evaluación social / historia
____ Solo cubriendo el periodo de tiempo
del ____/____/____ hasta ____/____/____

Información de abuso de sustancias:

____ Historia de abuso de sustancias ____ Plan de alta / cuidado continuo ____ Tratamiento, asistencia a la colocación y progreso.

Esta autorización es válida por un año calendario y expirará el _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para las medidas tomadas por el distrito escolar o el proveedor de atención médica en función de mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Entiendo que no autorizar la divulgación de registros puede tener un impacto adverso en la programación educativa y / o el tratamiento médico para mi hijo.

Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros de educación protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica. También entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar registros educativos y de cuestionar su contenido.

Nombre del padre (por favor escriba)

Firma de los padres

____/____/____
Fecha

Firma del estudiante (si el estudiante tiene más de 12 años de edad y la autorización es para la divulgación de registros de salud mental)

____/____/____
Fecha

Feha

Attea □ Glen Grove □ Henking □ Hoffman □ Lyon □ Pleasant Ridge □ Springman □ Westbrook

(847) 998-5000 □ (847) 998-5094 (Fax)