

ESTADO DE LOUISIANA
Sistema de Escuelas Públicas de la Parroquia de Jefferson
AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION
CONFIDENCIAL

PARA SER COMPLETADO POR PADRE/GUARDIAN LEGAL

PARTE 1: INFORMACION DE CONTACTO

Nombre Legal del Estudiante(s)/Nino/a(s)	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social
--	---------------------	--------------------

Padre/Guardián Legal _____ # de Teléfono _____

Dirección Postal _____

PARTE 2: SOLICITUD DE REGISTRO Complete el cuadro A **O** cuadro B a continuación. Ambos cuadros no podrán ser completados en la misma forma.

A. Especificar los registros que se liberaran para la fecha del tratamiento a bajo indicado:

- ☐ REGISTRO(S) COMPLETO(S)
- ☐ Informe para dar de Alta ☐ Sala de Emergencia
- ☐ Historia & Físico ☐ Laboratorio
- ☐ Informe Operativo ☐ Patología
- ☐ Consulta ☐ Resultados de Radiología
- ☐ Notas de Progreso ☐ Otro: _____
- ☐ Cardiopulmonar _____

(Indique Electrocardiograma, Examen de Estrés, Estudio del Sueño)

B. Si pongo mis iniciales abajo, Yo autorizo específicamente la liberación de lo siguiente:

Las notas del Psicoterapia y los registros que indican discapacidad psicológica o impedimento psiquiátrico (s)

Iniciales del padre/guardián legal

PARTE 3: AUTORIZACION Esto no autoriza la liberación de lo siguiente: consejería en el uso de drogas y alcohol y tratamiento y el VIH/SIDA y pruebas de enfermedades de transmisión sexual y tratamiento.

Yo autorizó:

Nombre: El Sistema de Escuela Públicas de la Parroquia de Jefferson, Departamento de Servicios de Salud, 4600 River Road, Marrero, LA 70072 (Sistema Escolar)

☐ **LA LIBERACION de Información** Y/O ☐ **PARA OBTENER Información DE**
(Marque con una "X" en la casilla que indica si la información es publicada Y/O solicitada.)

Nombre: _____ (Hospital, Médico, Servicio de Agencia, Enfermera Registrada de la escuela (RN) y/u otro proveedor de salud)

Fecha(s) para el tratamiento: _____

La información deberá de ser liberada con el propósito(s) de:

- | | |
|--|--|
| ☐ La evaluación para determinar la elegibilidad o continuación para servicios de educación especial | ☐ Diseñando un programa educativo individual |
| ☐ Proporcionando tratamiento de terapia física | ☐ Determinando la colocación apropiada para las necesidades del tratamiento |
| ☐ Proporcionando tratamiento de terapia ocupacional | ☐ Implementando las necesidades de salud especial |

Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al mismo departamento de registro médico que recibe este formulario de autorización. Yo entiendo que la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización. A menos que se haya revocado, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en un (1) año a partir de la fecha de autorización. Una autorización es voluntaria. No se me solicitara que firme una autorización como condición para recibir servicios de tratamiento o pagos, inscripción o elegibilidad para los servicios de atención de salud. Información utilizada o revelada por esta autorización puede ser revelada por el beneficiario y ya no estará protegido bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996.

Firma del Estudiante o Representante Legal
(Padre/Guardián Legal deberá firmar si el estudiante < 18)

Fecha (Relación con el estudiante)

Firma de Testigos

Fecha