

San Diego City Schools

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD A DISTRITOS ESCOLARES Y DE ELLOS

Si usted llena este documento dará su autorización para divulgar y/o usar información de salud individual identificable, como se expone más adelante, según las leyes de California y Federales (ej., HIPAA) respecto a la privacidad de dicha información. Si no proporciona toda la información requerida se invalidará esta autorización.

INFORMACIÓN PARA USARSE Y DIVULGARSE:

Nombre del Paciente/Alumno: _____
Apellido Nombre Inicial Media Fecha de Nacimiento

Yo, el que firma, autorizo con este formulario a (nombre del proveedor de salud, plan y/o agencia de salud):
(1) _____ (2) _____
para que proporcione información de salud del expediente médico del alumno arriba mencionado a:

Distrito escolar al que se le dará la información Domicilio / Ciudad y Estado / Código Postal

Persona Contacto en el Distrito Escolar Código de la Zona y Número de Teléfono

Se requiere divulgar información sobre la salud con el siguiente propósito:

La información requerida se limita a lo siguiente: Toda la información mínima necesaria sobre su salud o Información específica de una enfermedad tal como aquí se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización se hace efectiva de inmediato y estará en vigor hasta _____ (fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma, si no se anotó ninguna fecha en particular.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante divulgar a nadie más esta información de salud a menos que obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea requerida específicamente o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos respecto a esta Autorización: *Yo podría revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a las agencias del cuidado de la salud o personas arriba mencionadas. Mi revocación entrará en vigor al recibirse, pero no al grado de que el Solicitante u otros hayan actuado al amparo de esta Autorización.*

VOLVER A DIVULGAR:

Entiendo que el Solicitante (el Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescribe el Decreto de Protección a los Derechos de Igualdad de las Familias (FERPA) y que la información se volverá parte del expediente escolar permanente del alumno. La información se compartirá con los individuos que trabajan en o con el Distrito Escolar para brindar entornos educativos seguros, apropiados y menos restringidos y programas y servicios de salud escolar.

Tengo derecho de recibir una copia de esta Autorización. Firmar esta Autorización podría ser requisito con el fin de que el alumno obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: _____
Nombre con Letra de Molde Firma Fecha

HE 508s
05/20/05 _____
Parentesco con el Paciente/Alumno Código de la Zona y Número de Teléfono