

DISTRITO ESCOLAR DE KILDEER N.º 96

Autorización para el uso y la divulgación de la información de salud protegida y los registros de educación

Nombre del paciente/estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por el presente autorizo:

[insertar nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar los registros]

a divulgar la información de salud protegida y/o los registros de educación a:

[insertar nombre, dirección y número de teléfono de la persona que recibirá los registros]

___ Coloque un tilde aquí si la autorización se brinda a las partes enumeradas anteriormente para que intercambien mutuamente la siguiente información.

Descripción:

La información médica que se divulgará consta de (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial médico y/o físico | <input type="checkbox"/> Registro de vacunas | <input type="checkbox"/> Pruebas primarias |
| <input type="checkbox"/> Valoración de enfermería | <input type="checkbox"/> Formularios físicos de la escuela | <input type="checkbox"/> Registros de medicación |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de tuberculosis u otros resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Información de VIH |
- ___ Información relacionada con la siguiente lesión o enfermedad: _____

La información de salud mental que se divulgará consta de (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Evaluaciones clínicas | <input type="checkbox"/> Notas clínicas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta | <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento |
- ___ Evaluación psicológica/neuropsicológica ___ social/historial Evaluaciones
- ___ Registros que abarcan el período desde _____ hasta _____

La información de educación que se divulgará consta de (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Calificaciones/tarjetas de calificaciones/expedientes académicos | <input type="checkbox"/> IEP/planes 504/documentos de elegibilidad |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas | <input type="checkbox"/> Historiales de salud |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones sociales/historiales | <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Información de tecnología asistencial | <input type="checkbox"/> Información de la conducta/disciplina |
- ___ Evaluaciones neuropsicológicas
- ___ Pruebas educativas (evaluaciones locales y estatales)
- ___ Evaluaciones/informes de terapia ocupacional/física
- ___ Registros que abarcan el período desde _____ hasta _____

La información de abuso de drogas que se divulgará consta de (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Tratamiento, asignación de asistencia y progreso |
|---|---|
- ___ Plan de alta/cuidado continuo

Esta autorización es válida para un año calendario y se vencerá el ___ __ ____. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, presentando la notificación por escrito del retiro de mi consentimiento. Comprendo que mi revocación de esta autorización no tendrá vigencia para las acciones realizadas por el distrito escolar o el prestador de cuidados de la salud conformes a mi autorización y anteriormente a la notificación de mi revocación. Comprendo que no autorizar la divulgación de los registros puede tener un impacto adverso en la programación de la educación y/o el tratamiento médico para mi hijo. Reconozco que los registros de salud, una vez que el distrito escolar los reciba, tal vez no estén protegidos por la Ley de Privacidad HIPAA, pero serán registros de educación protegidos por la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad). También comprendo que si me niego a firmar, dicha negación no interferirá con la posibilidad de mi hijo de obtener atención médica. Además, entiendo que tengo el derecho a revisar y copiar los registros de educación y a cuestionar sus contenidos.

Firma del padre _____ Fecha

Firma del estudiante (Si el estudiante es mayor de 12 años y la autorización es para la divulgación de registros de salud mental) _____ Fecha

Firma del testigo _____ Fecha