

Autorización para el Uso y Revelación de Información Médica Protegida y Expedientes de Educación

Paciente/Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo:

Para revelar información médica y/o expedientes de educación a

Marque aquí si da autorización a las partes de arriba de intercambiar la información que se describe a continuación.

Descripción: La información médica a ser revelada consiste de (marque lo que corresponda):

Cualquier y todos los expedientes en posesión de \_\_\_\_\_ incluyendo salud mental, HIV, y/o registros de abuso de sustancia. (Tache cualquier elemento que usted no autorice que sea revelado.)

Expedientes sobre tratamiento para la siguiente condición o lesión \_\_\_\_\_

Expedientes cubriendo el periodo de tiempo entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Otro (sea específico, incluyendo fechas): \_\_\_\_\_

La información de educación a ser revelada consiste de (marque lo que corresponda)\*:

Cualquier y todos los expedientes educacionales, incluyendo registros permanentes, temporales, y de educación especial.

Expedientes cubriendo el periodo de tiempo entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\* Padres tienen el derecho de limitar el consentimiento a registros específicos o porciones de registros y pueden utilizar esta sección para hacerlo.

Propósito: Esta información será revelada a petición individual y será utilizada para los siguientes propósitos (marque lo que corresponda):

Evaluación educativa y planificación de programas

Evaluación médica / planificación para servicios de cuidado médico en la escuela o tratamiento médico.

Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año calendario y expirará el \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo un aviso por escrito del retiro de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectivo por acciones tomadas por el distrito escolar o el proveedor de atención de salud en dependencia en mi autorización y antes del aviso de mi revocación. Entiendo que el no autorizar la revelación de los registros puede afectar negativamente la programación educativa y/o el tratamiento médico para mi hijo/a. Reconozco que registros médicos, una vez recibidos por el distrito escolar, no pueden estar protegidos por la Regla de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad. También entiendo que si me niego a firmar, dicha denegación no va a interferir con la habilidad de que mi hijo/a obtenga cuidado médico. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar registros educativos y de desafiar el contenido. Entiendo que una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Se requiere firma del estudiante si es mayor de 12 años y la autorización es para la revelación de registros de salud mental.

COMPROBANTE DE IDENTIFICACIÓN: Licencia de Manejar \_\_\_\_ ID Estatal \_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_