



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE DE SALUD ESCUELA A OTRA ENTIDAD / DE OTRA ENTIDAD A LA ESCUELA**

Al completar este documento está autorizando la divulgación y/o el uso de información de salud individual e identificable, como indicado en la sección posterior de acuerdo a las leyes Federales y de California (HIPAA) con respecto a la privacidad de tal información. El incumplimiento de estas instrucciones con respecto a la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente/alumno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Yo, el firmante, por lo presente autorizo a (nombre del proveedor de servicios de salud, plan de salud y/o agencia):

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
Proveer información de salud del expediente médico del niño indicado, de escuela-entidad/entidad-escuela:

\_\_\_\_\_  
Escuela a la cual se divulgará información Domicilio / Ciudad y Estado / Código Postal  
( ) ( )

\_\_\_\_\_  
Persona de Contacto en el Distrito Teléfono y Número de Fax

La divulgación de información se requiere para lo siguiente: aprendizaje, conducta y atención

La información solicitada deberá limitarse a lo siguiente:  Toda la información de salud necesaria;

Información específica sobre una enfermedad definida como: Todo la información con relación al aprendizaje, conducta y atención.

**DURACIÓN:**

Esta autorización deberá efectuarse inmediatamente y deberá permanecer hasta \_\_\_\_\_ (indicar fecha) o un año después de que se firme, si no hay una fecha indicada.

**RESTRICCIONES:**

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar información adicional de mi expediente de salud al menos de que el solicitante obtenga otra autorización de mi parte o si tal divulgación de información es específicamente requerida o permitida por la ley.

**SUS DERECHOS:**

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: *Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá presentarse por escrito, firmada por mi o de mi parte y deberá entregarse a las agencias de salud/personas indicadas en la sección anterior. Mi revocación tomará efecto al ser recibida, pero no tomará efecto hasta el punto de que el solicitante u otras personas hayan actuado en confianza con esta Autorización.*

**RE-DIVULGACIÓN:**

Yo entiendo que el solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como ha sido señalada por la ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y que la información formará parte del expediente escolar del alumno. La información se compartirá con los individuos que trabajan en el plantel o Distrito Escolar para poder proporcionar un lugar seguro, adecuado y en el ambiente educativo menos restrictivo y servicios de salud escolar y programas.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Puede requerirse la firma de esta autorización para que el alumno obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: \_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente/Alumno Área Telefónica y Número de Teléfono