

Escuelas Públicas de Toledo

Fax: 419-671-_____

Autorización para la divulgación de información sobre salud y educación conforme a la Ley HIPAA

Nombre del paciente/estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Por la presente autorizo a _____
(Nombre y cargo del proveedor de atención médica)

(Dirección del proveedor de atención médica) (Número de teléfono del proveedor de atención médica)
(Número de fax del proveedor de atención médica)
y _____ (nombre y cargo del funcionario escolar) a intercambiar información y
registros de salud y educación
_____ (dirección y teléfono de la escuela/distrito escolar)

para los fines que se detallan a continuación.

Estimado proveedor de atención médica:

La información que se divulgará incluye lo siguiente (en los últimos doce meses):

evaluaciones, resultados de pruebas estandarizadas, evaluaciones psicológicas, consultas pediátricas, datos observacionales, alergias, información médica o diagnósticos.

Esta información se usará para los siguientes fines:

1. Evaluación y planificación de la salud para tratamiento y servicios de atención médica en la escuela.
2. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información podría no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
3. La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.
4. La información en mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis B, SIDA, VIH. Puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
5. Otro _____

Autorización

Esta autorización es válida por un año calendario. Vencerá el _____ (fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la notificación por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que es posible que estos registros, una vez recibidos por el distrito escolar, no estén protegidos por la Ley de Privacidad HIPAA. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la posibilidad de que mi hijo obtenga atención médica.

Firma del padre/tutor

Fecha

Copias: padre/tutor

Médico u otro proveedor de atención médica que divulga información de salud protegida.

Funcionario escolar que solicita/recibe información de salud protegida.

Revisado
9/8/15

HIPPA Release 2015 Spanish