

VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A y DE DISTRITOS ESCOLARES

El llenar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información de salud identificada individualmente, tal como se estipula abajo, de acuerdo con la ley de California y las leyes federales (Por Ej. HIPPA) referentes a la confidencialidad de la información. El no dar la información solicitada podría invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

mes/día/año

Nombre del paciente/alumno:			
-----------------------------	--	--	--

Apellido,

Primer nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por este medio autorizo a (nombre de la agencia, plan de salud y/o proveedores de cuidados de salud):

(1)

(2)

a proporcionar información de salud del expediente del niño que se nombra arriba a y de:

Vista Unified School District

Distrito escolar al cual se da la información

1234 Arcadia Avenue, Vista, CA 92084

Dirección / Ciudad y Estado / Zona Postal

Persona a contactar en el distrito escolar

Código de área y número de teléfono

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito:

La información solicitada se limitará a lo siguiente: Toda la información mínima necesaria de salud; Información específica de la enfermedad como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y continuará en vigor hasta _____ o por un año a partir de la fecha en que se firma, si no se anotó la fecha.

mes/día/año

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe que el que proporcione más información de mi salud a menos que el que la solicita obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que tal divulgación en cuestión la requiera o la permita la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos en lo que corresponde a esta Autorización: *Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, deberá estar firmada por mí o en mi nombre y deberá ser enviada a las agencias del cuidado de la salud o personas mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor inmediatamente que se reciba pero no tendrá vigencia en lo que corresponde a medidas ya tomadas por parte del Solicitante u otros en base a esta autorización.*

REDIVULGACIÓN:

Entiendo que el solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información tal como lo prescribe la Ley de Derechos Educativos y de Confidencialidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), y que la información formará parte del expediente educacional del estudiante. Se divulgará la información a personas que laboren en o con el Distrito Escolar con el fin de ofrecer un ambiente educacional seguro, apropiado y lo menos restrictivo y servicios y programas de salud en la escuela.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. El firmar esta autorización puede ser requerido para que este estudiante obtenga los servicios adecuados en el medio educativo.

APROBACIÓN:

Nombre con letra de molde

Firma

Fecha (mes/día/año)

Relación con el paciente/ estudiante

Código de área y número de teléfono