

Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley
Autorización para el uso o divulgación de información médica
Aprobado por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Al llenar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información de salud individualmente identificable, tal como se estipula abajo, de acuerdo con la ley de California y las leyes federales (Por Ej. HIPAA) referentes a la confidencialidad de tal información. Incumplimiento de proporcionar toda la información solicitada podría anular esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

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 médico del niño susodicho a y de:

<u>La Mesa-Spring Valley School District</u> <i>Distrito escolar al cual se otorga la información</i>	<u>4750 Date Avenue, La Mesa, CA 91942</u> <i>Domicilio</i>
<u>Judy Boyer – District Nurse</u> <i>Persona a quien contactar en el distrito escolar</i>	<u>619-668-5895 ext 3795</u> <i>Prefijo telefónico y número de teléfono</i>

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

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

DURACIÓN:

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

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar más de mi información de salud a menos que el solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: *Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe estar firmada por mí o en mi nombre y debe ser enviada a las agencias del cuidado de salud o personas mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor inmediatamente al ser recibida, pero no será vigente hasta el punto que el solicitante u otros hayan procedido fiablemente a esta Autorización.*

COMPARTIMIENTO DE INFORMACIÓN:

Entiendo que el solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información tal como ordena la Ley de Derechos Educativos y de Confidencialidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), y que la información forma parte del expediente educativo del alumno. La información será compartida con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con fin de proveer ámbitos educativos seguros, apropiados, y menos restrictivos y servicios y programas de salud en las escuelas.

Tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización. Se puede requerir firmar esta Autorización para que este alumno obtenga servicios apropiados en el medio educativo.

APROBACIÓN:

_____ <i>Nombre con letra de molde</i>	_____ <i>Firma</i>	_____ <i>Fecha (mes/día/año)</i>
_____ <i>Relación al paciente/alumno</i>	_____ <i>Prefijo telefónico y número de teléfono</i>	