



DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE CHULA VISTA
84 EAST "J" STREET • CHULA VISTA, CALIFORNIA 91910 (619) 425-9600

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ENTRE DISTRITOS ESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y, o el uso de información de salud identificada individualmente, como se indica a continuación, de conformidad con las leyes federales y estatales (por ejemplo, **HIPAA**), en lo que se refiere a la privacidad de dicha información. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente o estudiante _____
Apellido Nombre Inicial del 2º nombre Fecha de nacimiento

Con mi firma al calce, autorizo a (nombre del proveedor de atención médica, plan de salud o agencia):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar información de salud del expediente médico del niño mencionado entre:

Distrito escolar al que se proporciona la información Dirección / Ciudad y estado / Código postal

Persona a contactar en el distrito escolar Código de área y número de teléfono

La información de salud que se pide se necesita para lo siguiente:

La información solicitada se limitará a lo siguiente:

- El mínimo de información de salud que se necesite, Información sobre enfermedad específica como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta _____ (indicar la fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma, si no se indicó la fecha.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar a otros información de mi salud a menos que el solicitante obtenga de mí otro formulario de autorización o a menos que dicha divulgación específicamente sea 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, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a las agencias del cuidado de la salud o personas anotadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigor en cuanto se reciba, pero no tendrá vigor en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado en base a esta autorización.*

MÁS DIVULGACIÓN:

Tengo entendido que el distrito escolar solicitante protegerá esta información en la manera prescrita por la Ley de Derechos Educativos Familiares y de Privacidad (*FERPA*) y que la información se convierte en parte del expediente escolar del estudiante. Se compartirá la información con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el propósito de proporcionar programas y servicios de salud escolar y entornos educativos menos restrictivos, apropiados y seguros.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Podría requerirse firmar esta autorización a fin de que este estudiante obtenga servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: _____
Nombre en letra de molde Firma Fecha

Relación con el paciente o estudiante Código de área y número de teléfono