# Divulgación de información en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

(Título 45 del CFR, § 164.508)

Distrito/Escuela:

## Autorización para la divulgación y el uso de información de salud

Estudiante: Fecha de nacimiento:

**Autorizo la divulgación de la información de salud del estudiante antes mencionado (como se designa a continuación).**

De:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:Para (persona de contacto):

De (escuela o distrito):

Dirección, ciudad, estado y código postal:

**La información divulgada se utilizará para los siguientes fines (marque todas las opciones que correspondan):**

[ ]  Educativos

[ ]  Legales

[ ]  Médicos

[ ]  Personales

[ ]  Otros (especificar):

**Información específica que se divulgará para las fechas de tratamiento (marque todas las opciones que correspondan):**

[ ]  Resultados de

la evaluación

[ ]  Expedientes completos

[ ]  Informes de consulta

[ ]  Resumen del alta[ ]  Certificados de vacunación

[ ]  Resúmenes de las intervenciones

[ ]  Informes de salud mental

[ ]  Expedientes de terapias físicas

u ocupacionales

[ ]  Notas sobre el progreso

[ ]  Informes psicológicos

[ ]  Expedientes de educación especial

[ ]  Informes del habla y el lenguaje

[ ]  Otros (especificar):

Esta autorización permanecerá en vigor por seis meses desde la fecha de la firma. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela y al médico en nombre de mi hijo menor de edad mediante una notificación por escrito al proveedor de atención médica, conforme con sus políticas. La revocación no afecta la divulgación de los antecedentes médicos realizada antes de esta.

Comprendo que el proveedor de atención médica no es responsable de revelar más información de la que ya divulgó la escuela o el distrito. También comprendo que los antecedentes médicos divulgados pueden formar parte del expediente educativo del estudiante y pueden reenviarse a otra escuela en la que el estudiante busca o pretende inscribirse. La escuela y el distrito protegerán esta información de conformidad con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) (Título 34 del CFR, § 99).

La firma de esta divulgación es voluntaria. La negativa a firmar no afectará el compromiso de la escuela o del distrito de proporcionar una educación de calidad al estudiante. Sin embargo, los expedientes solicitados pueden ser obligatorios para que la escuela implemente un plan de educación adecuado, adaptaciones del aprendizaje, modificaciones o atención médica.

Comprendo que, si autorizo la divulgación de la información antes mencionada a cualquier persona o entidad que no esté obligado legalmente a mantener la confidencialidad, es probable que la información ya no esté protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Título 45 del CFR, §§ 160 y 164), o cualquier otra ley estatal o federal.

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario luego de firmarlo y que puedo revisar la información que se divulga.

Con mi firma a continuación, autorizo la divulgación y el uso de la información, de conformidad con los derechos, las restricciones y los acuerdos indicados arriba.

Firma del padre o de la madre, o del estudiante adulto Fecha

Fecha de vencimiento de la autorización Fecha en que se entregó la copia a los padres
o al estudiante adulto