



San Diego Unified School District

Student Services Office
2351 Cardinal Lane, Annex B, San Diego, CA 92123

Seguridad y Bienestar
858-627-7580
Fax: 858-627-7444

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE ESCUELAS.

El llenado de este documento autoriza la divulgación y/o uso de la información individual de salud, como se establece abajo, de conformidad con las leyes Federales y de California (ejem., HIPAA) relativas a la privacidad de dicha información. La omisión de la información requerida podrá invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Paciente/Nombre del/a Alumno/a: _____ / _____
Apellido Nombre IM Fecha de Nacimiento

El suscrito, autorizó (nombre del proveedor médico, plan de salud y/o agencia):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar la información de salud del/a niño/a arriba mencionado de su expediente médico de y para:

Escuela a la cual se hizo la divulgación Domicilio/Ciudad y Estado, Código Postal
() ()

Persona Contacto en el Distrito Escolar Teléfono y Número de Fax

La divulgación de la información médica se requiere para lo siguiente: _____

La información solicitada se limitara a lo siguiente: Información mínima necesaria; o

Información de enfermedad específica descrita: _____

DURACIÓN:

Esta autorización entra en vigor inmediatamente y estará vigente hasta _____ (anote fecha)

O por un año de la fecha de la firma, si no hay fecha anotada.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante que haga la divulgación de mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Estoy enterado que tengo los siguientes derechos referentes a esta Autorización: *Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada, por mí o a mi nombre y entregada en las agencias de salud/personas anotadas arriba. Mi revocación será efectiva a la recepción del escrito, pero no será efectiva condicionado a que el/a Solicitante u otros hayan actuado dependiendo de la veracidad de esta Autorización.*

RE-DIVULGACIÓN

Estoy enterado/a que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como lo establece el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y que la información forma parte del expediente educativo del/a alumno/a. Esta información se compartirá con las personas que trabajen con o en el Distrito Escolar con la intención de proveer, entornos educativos menos restringidos, adecuados y seguros y los servicios y programas de salud escolar.

Tengo el derecho de obtener una copia de esta Autorización. La firma de Autorización podrá ser requerida para que este/a alumno/a para que obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: _____

Nombre en letra imprenta

Firma

Fecha

_____ () _____

Parentesco con el/a Paciente/Alumno/a

Código Postal y Teléfono