

## Autorización para Divulgación y Uso de Información Médica

Estudiante	Fecha de Nacimiento
------------	---------------------

Autorizo la divulgación de la información de salud del estudiante mencionada anteriormente (como se diseñó a continuación)

De: A la ( Escuela del Distrito): **Jordan School District**

Dirección: Atención (Persona de contacto):

Cuidad/Estado/Código de área: Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: FAX:

La información publicada se utilizará para los siguientes propósitos (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Personal
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

Información específica que se divulgará (escriba sus iniciales en todo lo que corresponda) para la fechas de tratamiento \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

<input type="checkbox"/> Registros Completos	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Registro de Vacunación
<input type="checkbox"/> Informe de Consultas	<input type="checkbox"/> Registro de terapia física/ocupacional	<input type="checkbox"/> Registro de Educación Especial
<input type="checkbox"/> Reportes psicológicos	<input type="checkbox"/> Resúmenes de Intervenciones	<input type="checkbox"/> Resultados de Evaluaciones
<input type="checkbox"/> Reporte se Salud Mental	<input type="checkbox"/> Reporte de habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Comunicación Bidireccional	<input type="checkbox"/> Otro _____	

La autorización permanecerá en vigor durante seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela y al médico del estudiante en nombre de mi hijo menor de edad mediante una notificación por escrito al proveedor de atención médica de acuerdo con las políticas del proveedor de atención médica.

Entiendo que el proveedor de atención médica no es responsable de ninguna divulgación adicional de la información divulgada por la escuela / distrito. También entiendo que los registros médicos divulgados se convertirán en parte de los registros educativos del estudiante y se enviarán a otra escuela en la que el estudiante busque o tenga la intención de inscribirse. La escuela y el distrito cuidaran esta información en conformidad con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Firmando este comunicado es voluntario. Negarme a firmar no afectará el compromiso de la escuela o del distrito de brindar una educación de calidad para el estudiante. Sin embargo, los registros solicitados pueden ser necesarios para que la escuela implemente un plan apropiado de educación, adaptaciones / modificaciones de aprendizaje o atención médica.

Entiendo que si autorizo la divulgación de la información anterior a cualquier persona o entidad que no esté legalmente obligada a Mantener la confidencialidad, es posible que la información ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 o cualquier otra ley federal o estatal.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo y puedo inspeccionar la información divulgada.

Con mi firma a continuación, autorizo la divulgación y el uso de esta información de acuerdo con los derechos, restricciones y los entendimientos anteriores.

Firma de los Padres/Apoderado Legal/ Estudiante de Mayor Edad	Fecha
---------------------------------------------------------------	-------

Caducidad de Autorización: \_\_\_\_\_

Copia a Padre(s) \_\_\_\_\_