



DISTRITO ESCOLAR DE SISTERS

Autorización para usar y/o divulgar información médica protegida y educativa

1. Yo autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o divulgar información médica protegida y/o educativa con respecto a mi hijo(a).

(Nombre del estudiante/niño) (Fecha de nacimiento)

(Otros nombres usados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o programa)

Nombre y dirección de la escuela/programa de EI/ECSE autorizado para:

- Enviar/divulgar información médica protegida
 Recibir/uso de información educativa

- Enviar/divulgar información educativa
- Recibir/uso de información médica protegida

2. Entiendo que esta información se usará para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|--|
| - Determinar la elegibilidad para Educación Especial, EI/ECSE u otros servicios | - Desarrollar un Programa Educativo Individualizado o un Plan de Servicio Familiar Individualizado apropiado |
| - Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño | - Otro (especifique): _____ |
| - Desarrollar un plan de salud individualizado | |

3. Al marcar las casillas de abajo, yo autorizo el uso/divulgación de los siguientes registros médicos y/o educativos específicos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico | <input type="checkbox"/> Información educativa |
| <input type="checkbox"/> Declaración de evaluación de salud | <input type="checkbox"/> Documento de IFSP/IEP |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Historial clínico |
| <input type="checkbox"/> Todo el historial médico | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas |
| <input type="checkbox"/> Información prenatal | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de trabajo social |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Al poner mis iniciales en los espacios indicados abajo, yo autorizo el uso/divulgación de la siguiente información. Los registros específicos solicitados deben indicarse abajo; por ejemplo: evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

Información sobre diagnóstico, tratamiento o referencias de drogas/álcool solicitada: _____

Registros relacionados con el VIH/SIDA solicitados: _____

Información relacionada con la salud mental solicitada: _____

Información sobre pruebas genéticas solicitada: _____

4. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla sin que ello afecte los servicios médicos de mi hijo(a).
- b. Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como también a inspeccionar o copiar cualquier información que se usará y/o divulgará bajo esta autorización (si lo permiten las leyes estatales y federales. Véase 45 CFR § 164.524).
- c. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a _____ por escrito. Sin embargo, no afectará ninguna acción tomada antes de que se recibiera la revocación o las acciones tomadas en base a la información previamente compartida.
- d. Las regulaciones federales de privacidad para la información médica protegida sólo se aplican a los planes de salud, centros de intercambio de información sobre servicios médicos o proveedores de servicios médicos. Si yo autorizo la divulgación de información médica a otras agencias o individuos, la información divulgada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- e. Las regulaciones federales de privacidad para la información educativa sólo se aplican a las escuelas y los programas de EI/ECSE. Si yo autorizo la divulgación de información educativa a otras agencias o individuos, la información divulgada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

5. Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información indicada arriba. Entiendo que está prohibido el uso de esta información por cualquier motivo distinto a los expresados anteriormente. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, excepto cuando se hayan tomado medidas basadas en una información que ya se haya divulgado.

(Firma del parent, tutor legal, estudiante/niño)

(Fecha)

(Relación)

Esta autorización expira el _____ (Mes/Día/Año) (sin exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).

Autorización para usar y/o divulgar información médica protegida y educativa

Propósito del formulario:

- Este formulario se creó para que las agencias educativas puedan solicitar información a las entidades de salud que requieren formularios de divulgación en cumplimiento de HIPAA. (HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos)
- Este formulario se usa cuando es necesario obtener el consentimiento de un parent, tutor legal o estudiante/niño para autorizar a la agencia mencionada a:
 - Enviar/divulgar información médica protegida y/o información educativa; y/o
 - Recibir/uso información médica protegida y/o información educativa

Instrucciones para completar el formulario:

Casilla 1. Requerido.

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante/niño, incluyendo el segundo nombre;
- Ingrese otros nombres usados por el niño, incluyendo apodos;
- Ingrese la fecha de nacimiento del niño;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de servicios médicos que enviará o recibirá la información médica y/o educativa protegida solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o programa de EI/ECSE que enviará o recibirá la información médica y/o educativa protegida solicitada; y
- Marque todas las casillas que correspondan indicando qué proveedor está autorizado para enviar y qué proveedor está autorizado para recibir información médica y/o educativa protegida.

Casilla 2. Requerido.

- Marque todas las casillas que correspondan respecto a cómo se usará la información médica y/o educativa protegida solicitada. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla "otro" y especifique un tipo de propósito diferente.

Casilla 3. Requerido.

- Marque todas las casillas que correspondan en relación con los registros médicos y/o educativos específicos que se solicitan. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla "otro" y especifique un tipo de registro diferente.

Casilla 4. Requerido sólo si se solicita cualquiera de los cuatro tipos de registros indicados. Esta casilla debe dejarse en blanco si ninguno de estos cuatro tipos de registros se solicita.

- Los cuatro tipos de registros indicados requieren un nivel de protección adicional. Para solicitar cualquier registro de la casilla 4, el tipo de registro específico debe indicarse en los espacios provistos y el parent, tutor legal o estudiante/niño debe poner sus iniciales en el espacio antes de cada tipo de registro solicitado. Por ejemplo, para información sobre salud mental, un programa podría indicar "evaluación del psicólogo" y entonces el parent, tutor o estudiante/niño pondría sus iniciales en el espacio al comienzo de la línea de información de salud mental.

Casilla 5. Requerido.

- Esta casilla contiene información sobre los derechos de los padres, tutores legales o niño cuando dan su autorización, incluyendo el derecho de negarse a firmar, el derecho de solicitar una copia después de firmar, el derecho de inspeccionar la información que se usará y/o divulgará y el derecho de revocar la autorización. Se provee información que aclara que, cuando se envía la información solicitada, las leyes que protegen esa información podrían dejar de aplicarse ya que la agencia receptora podría no estar sujeta a las mismas leyes que la agencia remitente.
- En el punto c., identifique quién recibirá la revocación potencial. La declaración aclara que, si ya se tomó una acción, por ejemplo, la información médica protegida ya se envió, entonces la revocación para esa información específica no es válida. Sin embargo, la agencia puede regresar voluntariamente la información recibida después de que la revocación se haya firmado y enviado.

Casilla 6. Requerido.

- El parent, tutor legal o estudiante/niño debe firmar para que la autorización sea válida. Si es el parent o tutor legal, la relación con el niño debe indicarse. La fecha de la firma debe ingresarse.
- La autorización solamente es válida para los propósitos marcados o indicados en el formulario.

Casilla 7. Requerido.

- El mes, día y año en que expirará esta autorización deben incluirse en el espacio provisto. La fecha no debe exceder un año de la fecha de la firma.

Instrucciones adicionales

- Coloque una copia de este formulario en el expediente del estudiante/niño.
- HIPAA requiere que el distrito escolar/programa EI/ECSE entregue una copia del formulario de autorización a las personas que lo firman y soliciten una copia. Sin embargo, es una práctica recomendada que el distrito escolar/programa entregue automáticamente al parent, tutor legal o estudiante/niño una copia del formulario después de que lo hayan firmado, ya sea que lo soliciten o no, para que tengan un registro de la autorización.