

Autorización para usar y/o revelar información de educación y médica protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o revelar información de educación y/o médica protegida sobre mi hijo.

(Nombre del estudiante/niño)	(Fecha de nacimiento)
(Otros nombres usados por el estudiante/niño)	(Nombre de la escuela o del programa)

<p>Nombre y dirección del proveedor de la salud autorizado a:</p> <input type="checkbox"/> Enviar/revelar información médica protegida <input type="checkbox"/> Recibir/utilizar información de educación _____ _____	<p>Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado a:</p> <input type="checkbox"/> Enviar/revelar información de educación <input type="checkbox"/> Recibir/utilizar información médica protegida _____ _____
---	--

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para servicios de Educación Especial, EI/ECSE u otros servicios <input type="checkbox"/> Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño <input type="checkbox"/> Crear un plan de salud individualizado	<input type="checkbox"/> Crear un Programa de Educación Individualizado o Plan Individualizado de Servicios a Familias adecuados <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
---	--

3. Al marcar las casillas siguientes, autorizo el uso/la revelación de los siguientes registros médicos y/o de educación específicos:

<input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico <input type="checkbox"/> Declaración de evaluación médica <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Registro médico completo <input type="checkbox"/> Información prenatal	<input type="checkbox"/> Información de educación <input type="checkbox"/> Documento IFSP/IEP <input type="checkbox"/> Historias clínicas <input type="checkbox"/> Enfermedad(es) transmisible(s) <input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas <input type="checkbox"/> Informes de trabajo social <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____
---	---	--

4. Al poner mis iniciales en los espacios siguientes, autorizo el uso/la revelación de la siguiente información. Los registros específicos que se solicitan se deben listar a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

___ Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia solicitada: _____

___ Registros solicitados relacionados con VIH/SIDA: _____

___ Información sobre salud mental solicitada: _____

___ Información solicitada de pruebas genéticas: _____

5. Entiendo que:

a. Esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla sin que eso afecte la atención médica de mi hijo.

b. Tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como de revisar o copiar cualquier información a utilizarse o revelarse bajo esta autorización (si lo permiten las leyes del estado y las leyes federales. Consulte 45 CFR § 164.524).

c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a _____. Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada antes de que la revocación fuese recibida ni ninguna medida tomada en base a información compartida previamente.

d. Las reglas federales de privacidad para la información médica protegida sólo se aplican a planes de salud, centros de intercambio de información de atención médica o proveedores de salud. Si autorizo la revelación de información médica a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

e. Las reglas federales de privacidad para información de educación sólo se aplican a escuelas y programas EI/ECSE. Si autorizo la revelación de información de educación a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

6. Consiento a que se utilice/revele la información anteriormente mencionada. Entiendo que está prohibido el uso de esta información para cualquier otro motivo que los expresados en la declaración anterior. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida que se haya procedido en base a información ya revelada.

(Firma del padre, tutor legal, estudiante/niño)	(Fecha)
(Relación)	

Esta autorización vence en _____ (Mes/Día/Año) (no deberá exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).