

NAPA COUNTY SELPA

*Napa County Schools * Napa Valley * Calistoga * Howell Mt. * Pope Valley * St. Helena*

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O LIBERAR INFORMACIÓN

Nombre del Estudiante (liste otros nombres usados)

Numero Expediente Medico

Fecha Nacimiento

Dirección Estudiante

Numero Teléfono

Otro Teléfono

Yo autorizo a el siguiente individuo u Organización descrito a continuación a liberar la información medica o educativa del estudiante.

Individuo u Organización que libera la información:	Individuo u Organización que recibe la información:
Persona que libera	Persona que recibe
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono FAX (no valido para información medica)	Teléfono FAX (no valido para información medica)

Duración: Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y quedara en efecto hasta _____ (fecha) o por una año a partir de la fecha de la firma si no se ha escrito fecha.

Revocación: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, mandando una notificación escrita a la agencia que libera la información. La revocación escrita tendrá efecto al recibirse la misma, pero no aplicara a información que ya fue liberada anteriormente por a esta autorización de uso y/o liberación.

Re-liberación: Yo entiendo que la información de salud que ha sido usada y/o liberada por medio de esta autorización puede ser sujeta a re-liberación por parte del recipiente de la misma y ya no estará protegida por las leyes federales y regulaciones pertinentes a la privacidad y protección de la información de salud. Yo además en tiendo que la confidencialidad de esta información cuando esta es liberada a una agencia de educación publica esta bajo la protección del Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) como un record del estudiante.

Info Salud: Yo entiendo que la autorización de uso y/o liberación de información de salud es voluntaria. Yo puedo rehusar el firmar la autorización y no necesito firmar esta forma para asegurar tratamiento medico.

Record(s) Especificados: Indicar el tipo de información a ser liberada.

- Medico
- Medicación
- Siquiátrica
- Salud Mental
- Drogas/Alcohol
- STD/HIV Resultados
- Educacional
- Otro: _____

Toda o parte de la información referente a los records arriba mencionados pueden ser liberados con excepción de lo que a continuación se especifica: _____

Yo pido que la información autorizada a ser liberada sea usada solamente para con los siguientes propósitos solamente:

- Evaluación Educativa
- Planeamiento Educativo
- Otro: _____

Una copia de esta autorización es tan valida como el original.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización para mis records.

Firma del estudiante o su representante

Descripción del nexa con el estudiante

Fecha