

Escuelas Públicas de Waynesboro

Autorización para el intercambio de información de salud y educación conforme a la ley HIPAA

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Las Escuelas Públicas de Waynesboro tienen permiso de intercambiar información/ archivos de salud y educación para los propósitos aquí expuestos.

Desde dónde: Individuo/ agencia de la cual la información puede ser obtenida:

Nombre: _____ Agencia: _____

Hacia quién: Empleado de las escuelas públicas de Waynesboro a quien la información puede ser dada

Nombre: _____ Título: _____

Descripción:

La información de salud a ser revelada consiste de:

La información de educación a ser revelada consiste de:

Propósito: Esta información será usada con el siguiente propósito:

- Evaluación educativa y planeación programática
 Evaluación de salud y planeación de servicios de cuidado de salud y tratamiento en la escuela
 Evaluación y tratamiento médico
 Otros: _____

Autorización

Esta autorización es válida por un año. Expirará el día _____ (Fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando una notificación por escrito de mi deseo de retirar mi consentimiento. Reconozco que los archivos de salud una vez recibidos por el distrito escolar, podrían no ser protegidos por el acta de responsabilidad y portabilidad de seguridad de salud de 1996 (HIPAA), sino que se convertirán en archivos protegidos por los derechos de educación familiar y el acta de privacidad (FERPA). Entiendo que si me niego a firmar, dicha negación no interferirá con la capacidad de mi hijo o hija de recibir cuidado de salud.

Firma del padre o madre: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante*: _____ Fecha: _____

*Si un estudiante mayor de edad está autorizado a dar su consentimiento a la atención de salud sin consentimiento de los padres bajo la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización.

Copias: Padre o estudiante*
 Médico u otro proveedor de atención médica compartiendo la información de salud protegida
 Oficial escolar solicitando o recibiendo la información de salud protegida

(Exchange of info)