



INTERCAMBIO MUTO

Yo, _____, autorizo el intercambio mutuo de información entre:
Nombre del Padre/Tutor

Agencia: _____

Dirección: _____

Distrito Escolar de Seattle No. 1.
Servicios de Salud de Estudiantes
P.O. Box 34165, MS 31-650
Seattle, Washington 98124-1165

Teléfono: (206) 252-0750

FAX: (206) 252-0751

Atención: _____

Referente a mi hijo(a) Fecha Nacimiento: _____
para los siguientes propósitos: este niño(a) ha sido identificado para ser evaluado por una posible preocupación de salud, necesidad psicológica, y/o educativa. Cualquier información que nos pueda dar nos ayudara a determinar servicios futuros de salud y educativos y será guardada confidencialmente. Su inmediata atención ayudara a asegurar que nosotros cumplamos con nuestras fechas para brindar seguridad y servicios a este niño(a).

- Historia Médica/Estado de Salud Presente
- Evaluación Social/Emocional
- Registros de Hospitalización
- Registros de Especialistas
- Registros de Inmunización
- Evaluación Visión/Oído

- Evaluación del Habla/Lenguaje
- Evaluación terapia Ocupacional/Física
- Registros de Educación Especial
- Otros: _____

Autorizaciones específicas: Este consentimiento permite dar información específica, como se señala abajo:

- Cuidado Salud Mental/Psiquiatrico
- Tratamiento o Diagnóstico de Abuso de Drogas & Alcohol
- Examen/ Diagnostico/ Tratamiento de HIV (AIDS)
- Resultados/ Tratamiento y/o Confirmación de Enfermedades transmitidas sexualmente

Entiendo que cualquier registro que contenga información referente a la salud mental está protegido por la ley estatal (RCW 71.05.390); registros de tratamiento o abuso de drogas/alcohol están protegidos bajo leyes federales de confidencialidad (42 CFR 2); registros de exámenes o tratamiento de HIV/AIDS (o) registros de confrmación o tratamiento de EST están protegidos por leyes estatales de confidencialidad (RCW 70.24).

La entrega de esta información cubre los periodos de _____ a _____ y deberá expirar, sin mi revocación expresada, en el 90th día a partir de la fecha de que yo firme.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento y autorización a cualquier hora a menos que ya se haya tomado una acción basada en esta autorización. También entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que vaya a ser dada a conocer.

Firma Padre/Tutor

Fecha