

PETICION Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE ESXPEDIENTES MEDICOS

Propósito: Su hijo ha sido identificado con posible necesidad de requerir atención medica/psicológica/de educación. El propósito de este formulario es permitir que las Escuelas Públicas de Seattle puedan obtener sus expedientes médicos que serán utilizados para establecer un plan apropiado de atención y de futuros posibles servicios educativos para su hijo. Como padre /tutor tiene derecho a dar o no dar permiso a divulgar expedientes médicos de su hijo. Favor de completar las partes sombreadas y envíe este formulario al médico de su hijo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Distrito Escolar: Escuelas Públicas de Seattle

Por la presente autorizo la divulgación de expedientes:

De: _____ Para: _____
Nombre del médico *Nombre del personal escolar*

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Ciudad, Estado, Código postal

Favor de mandar el expediente a este número de fax: _____

Información médica General a divulgarse (marcar):

- Información Médica y Clínica
- Evaluación Socio/Emocional
- Información de vacunación
- Evaluación Visión/Auditiva
- Evaluación Psicológica
- Evaluación en habla/lenguaje
- Evaluación de terapia Ocupacional/física

Autorización específica: Doy consentimiento No permito la divulgación de información específica como se indica a continuación:

<input type="checkbox"/> Atención medica mental/psiquiátrica <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) Prueba /Diagnostico/Tratamiento	<input type="checkbox"/> Diagnostico o tratamiento por abuso de drogas y Alcohol <input type="checkbox"/> Confirmación de resultados y/o Tratamiento en la prueba de STD
---	---

Entiendo que todos los expedientes que contengan información relacionada con salud mental están protegidos por la ley estatal (RCW 71.05.390); expedientes relacionados con diagnóstico y tratamiento en el abuso de alcohol y drogas están protegidos por las leyes federales (42 CFR 2); HIV/AIDS (o confirmación de resultados de pruebas de STD están protegidas por las leyes de confidencialidad del estado (RCW 70.24).

Su firma a continuación indica que usted entiende y está de acuerdo a lo siguiente:

- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficio de atención médico, tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios) excepto si recibo atención médica cuando el único propósito sea para crear información medica a terceros.
- Entiendo que (a) debo revocar mi autorización por escrito y podre hacerlo completando y firmando un formulario de revocación de autorización con mi proveedor de cuidado médico. Y (b) si revoco mi autorización, entiendo que no afectara a ninguna de las medidas adoptadas por el proveedor de cuidados medico basado en esta autorización..
- La información revelada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por la ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). sin embargo Registros pueden ser divulgados nuevamente recibidos por las Escuelas Públicas de Seattle, están protegidos bajo la ley de (FERPA) los derechos de privacidad en educación familiar.

Esta autorización es válida del _____ al _____
Fecha *Fecha*

NOTA: Autorizaciones para la liberación de expedientes médicos son válidos no más de 90 días a menos que se especifique lo contrario previamente. Si no hay una fecha de expiración, la autorización expirar a los 90 días que fue firmada la autorización.

Yo entiendo que mi consentimiento para la divulgación de los expedientes es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Sé que al retirar mi consentimiento, esto no aplica a la información que ya ha sido proporcionada /divulgada.

Fecha Firma del padre del paciente /tutor Relación con el paciente

Fecha Firma del paciente/alumno si procede