Spanish

Proveedor de atención médica / tratamiento Autorización de intercambio de información médica

Año escolar 2024-2025

Las Escuelas Públicas de Seattle se comprometen a hacer que la información en línea sea accesible y utilizable para todas las personas, independientemente de su capacidad o tecnología. Cumplir con las pautas y normas de accesibilidad web es un proceso continuo en el que trabajamos constantemente para mejorar.

Si bien las Escuelas Públicas de Seattle se esfuerzan por publicar solo documentos optimizados para la accesibilidad, debido a la naturaleza y complejidad de algunos documentos, es posible que no esté disponible una versión accesible del documento. En estas circunstancias limitadas, el Distrito proporcionará un acceso alternativo igualmente efectivo.

Para preguntas y más información sobre este documento, por favor contacte a los siguientes:

Lisa Davidson
Manager, Prevention and Intervention
lmdavidson@seattleschools.org

Formulario de divulgación de información para información de salud del estudiante.

Spanish

Proveedor de atención médica / tratamiento
Autorización de intercambio de información médica
Año escolar 2024-2025

Nombre del Proveedor

Nombre de la Escuela

Persona a Contactar del Proveedor

Persona a Contactar en la Escuela

Teléfono Correo Electrónico del Proveedor

Teléfono/Correo Electrónico de la Escuela

Autorizo que la información médica protegida que se describe a continuación sea divulgada por mi proveedor o el de mi hijo y que sea utilizada por la escuela mencionada anteriormente y/o el representante de la escuela:

- ☐ Información de identificación: nombre, fecha de nacimiento, fechas de admisión/baja del programa
- ☐ Diagnostico
- ☐ Recomendaciones de valoración, evaluación y tratamiento
- ☐ Resultados de análisis de orina/drogas y alcohol
- ☐ Historial, cumplimiento y progreso del tratamiento
- ☐ Factores estresantes, desencadenantes o desafíos actuales
- ☐ Resumen del alta y plan de atención continua
- ☐ Otra información del tratamiento: _____

Objetivo del intercambio de información:

- ☐ Coordinación de Cuidados
- ☐ Identificación de Recursos
- ☐ Ayudar en la toma de decisiones de colocación
- ☐ Otro Propósito: _____

Entiendo que el propósito de compartir esta información médica es apoyar el tratamiento y la educación míos o de mi hijo. Entiendo que esta divulgación no afecta mis registros educativos o los de mi hijo protegidos por FERPA. Este consentimiento hará que la información médica mencionada anteriormente esté disponible para su intercambio desde la fecha de mi firma hasta el 31 de agosto de 2025. Además, entiendo que puedo revocar mi consentimiento proporcionando una revocación por escrito al Distrito Escolar de Seattle y al Proveedor mencionado anteriormente.

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre (Requerido para estudiantes menores de 13 años)

Firma
Estudiante mayor de 13 años o Padre/Tutor

Fecha