



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

## **Año escolar 2023-2024**

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](mailto:lmdavidson@seattleschools.org)

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



# Proveedor de atención médica / tratamiento

## Autorización de intercambio de información médica

### Año escolar 2023-2024

\_\_\_\_\_  
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 2024. 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