



A Community of Learning

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Proveedor de Cuidado de Salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

- Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe
Prueba de plomo
Clínica de TB
Clínica de inmunización
Otro

Por este medio autorizo a mi médico(s)/al médico de mi hijo(a) anotado(s) arriba a intercambiar la siguiente información con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, incluyendo:

Todo

O especifique:

- Enfermera Escolar
Oficial médico
Terapeuta Físico
Terapeuta Ocupacional
Terapeuta del Habla
Audiólogo
Departamento de la vista
Educación Especial
Otro
Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY
Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY
Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares
Autorizaciones médicas según se necesiten después de una lesión o cambio en una condición
Órdenes médicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones
Referido médico para servicios (OT, PT)
Planes de condición/tratamiento médico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar
Pruebas de laboratorio incluyendo niveles de plomo que puedan tener impacto en la escuela
Otro

Esta información será usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa más apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información.

Esta autorización expira el último día de la matrícula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momento enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectará ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido por el Distrito. La información de salud protegida no será revelada sin el consentimiento del Acta de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (20 U.S.C. § 1232g) e implementando las regulaciones (34.C.R.F. § 99). Se me ha provisto con una copia de esta autorización. Entiendo que esta será enviada a los proveedores apropiados cuando se haga una petición, y estoy de acuerdo en que los proveedores anotados arriba revelen la información al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester.

(Firma del estudiante mayor de 18 o por los Padres/Encargados)**

(Fecha)

**Si el estudiante es menor de 18 años de edad, los padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que está firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante:
**Si el estudiante es mayor de 18 años de edad y es un estudiante con una discapacidad según está definida por el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces los padres/encargados también tiene que firmar el formulario de consentimiento.

Devuelva el formulario completado a la ENFERMERA en la escuela a la que asiste este niño.