

Autorización para divulgar registros médicos o intercambiar información

OBJETIVO: Como padre, tutor o estudiante, tiene el derecho a dar el permiso o no darlo para que se divulguen los registros de su hijo a otras personas o agencias. Esta solicitud le otorga la oportunidad de aprobar o no aprobar dicha solicitud, a menos que la divulgación de los registros esté permitida de acuerdo con una de las excepciones de las normas que implementan la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA), (por ejemplo, la transferencia de registros de un distrito escolar a otro).

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Padre o tutor: _____

Por este medio, autorizo la divulgación de los registros:

De: _____ Para: _____
(Nombre de la agencia/persona) (Persona/agencia que hace la solicitud)

Dirección

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Ciudad, estado, código postal

Teléfono

Teléfono

Fax

Fax

Describe los registros a divulgar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Transcripciones |
| <input type="checkbox"/> Registros psicológicos y de asesoría | <input type="checkbox"/> Comunicación o intercambio de información entre una agencia y la |
| <input type="checkbox"/> escuela Registros de educación especial | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Divulgación que requiere un consentimiento específico: Se requiere un consentimiento específico para divulgar la siguiente información. También se requiere el consentimiento del estudiante en caso de que tenga la edad que se especifica a continuación entre paréntesis. Los registros de salud mental están protegidos conforme al Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 71.05.390 y el capítulo 21.34 del RCW. Los registros sobre el consumo de drogas y alcohol y su tratamiento están protegidos conforme al 42 Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §2, y la información relacionada con VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual está protegida conforme al RCW 70.24.105.

Autorizo específicamente la divulgación de los registros relacionados con:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salud reproductiva (siempre se requiere el consentimiento del estudiante) | <input type="checkbox"/> Salud o enfermedades mentales (13 años o más) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA (14 años o más) | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas o alcohol (13 años o más) |

La razón para divulgar los registros es:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un proceso de evaluación o reevaluación | <input type="checkbox"/> Se está desarrollando un programa de educación individualizada (Individualized Education Program, IEP) |
| <input type="checkbox"/> Una revisión del programa | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- El distrito escolar manejará de manera confidencial la información divulgada de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas. Si la solicitud es para información médica o de salud, la información médica que reciba el distrito está protegida conforme a las normas de privacidad de la FERPA por un distrito escolar y no por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

- Terceros pueden volver a divulgar la información divulgada en respuesta a esta autorización.
- No tengo que firmar este formulario para asegurar un tratamiento o pago. Mi tratamiento, pago, inscripción a cualquier plan de salud o elegibilidad para obtener beneficios no está condicionada por firmar este formulario de autorización.
- Mi consentimiento para divulgar los registros es voluntario y puedo retirar el consentimiento en cualquier momento, excepto en caso de que la información ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. La revocación se debe hacer por escrito.

Esta autorización es válida del ____/____/____ al ____/____/____.

Nota: Si no se especifica una fecha arriba, la autorización perderá validez un año después de la fecha de la firma a continuación.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Autorización para divulgar registros médicos

Distrito Escolar de Issaquah