SWEETWATER
UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA CON EL DISTRITO ESCOLAR

El presente formulario autoriza al distrito escolar a utilizar y compartir la información de su expediente médico, conforme las leyes de California y las leyes federales (p. ej., HIPPAA por sus siglas en inglés) en cuanto a la privacidad de dicha información. La presente autorización queda anulada si no se proporciona toda la información solicitada.

USO Y DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del alumno: _____ _____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Por medio de la presente, autorizo a (nombre de la agencia y proveedores de servicios médicos):

1) _____ 2) _____

Agencia Lada y número de teléfono Agencia Lada y número de teléfono

A compartir información del expediente médico del menor antes mencionado:

_____ _____

Distrito escolar al cual se le autoriza compartir dicha información Domicilio, ciudad, estado y código postal

_____ _____

Representante de dicho distrito Lada y número telefónico

La información solicitada se requiere para los siguientes propósitos:

☐ Información médica básica y necesaria.
☐ Información sobre el siguiente padecimiento: _____

VIGENCIA:
La presente autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá en vigor hasta: _____ (anote le fecha) o al cabo de un año de la fecha en la que se firmó, en caso de no estipular fecha.

CONDICIONES:
La ley de California prohíbe al solicitante compartir mi información médica con otras personas u organizaciones a menos que obtengan otra autorización de mi persona, o a menos que sea específicamente requerido o permitido por ley.

SUS DERECHOS:
Comprendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la presente autorización: *Tengo derecho a revocar la presente autorización en cualquier momento*. El formulario de revocación de la autorización debe contar con mi firma o debe ser firmado por una persona autorizada afirmar en mi nombre, y se debe entregar en la agencia de salud o persona nombrada en la presente autorización. Mi revocación entrará en vigor al momento de que dicha persona o agencia de salud la reciba, sin embargo, no es válida en la medida que el solicitante u otras personas hayan actuado en base a la presente autorización.

COMPARTIR INFORMACIÓN CON TERCERAS PERSONAS:
Comprendo que el solicitante (*Sweetwater Union High School District*) protegerá mi información según lo estipulado por la Ley de Derechos Educativos de la Familia y la Confidencialidad (FERPA *por sus siglas en inglés*) y que la información se convierte en parte del registro escolar provisional obligatorio del alumno. La información se compartirá con personas que laboran con o en el distrito escolar con el fin de proporcionar un entorno educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo, además, se compartirá con los programas y departamentos de servicios de salud escolar.

Tengo el derecho a recibir una copia de la presente autorización. Es posible que la firma de la presente sea requerida con el fin de extender servicios adecuados al alumno en el entorno escolar.

AUTORIZACIÓN: _____ _____ _____

Nombre en letra de molde Firma Fecha

_____ _____

Parentesco con el paciente/alumno Lada y número telefónico

"Los programas y actividades del distrito escolar de Sweetwater Union High School District deberán estar libres de discriminación basado en género, sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, estado civil o discapacidad física o mental, orientación sexual o por la percepción de una o más o de dichas características."
Política 0410 de la Masa Directiva de SUHSD.