

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Autorización para el intercambio de información de salud y educación en cumplimiento con el decreto de derecho a la confidencialidad HIPAA

Health Insurance Portability and Accountability Act (Siglas en inglés, HIPAA)

Nombre del Paciente / Estudiante: _____	_____
	Fecha de nacimiento
Por la presente autorizo a _____	_____
Nombre y título de quien proporciona cuidado de salud	Teléfono
_____	_____
Domicilio	
y al distrito escolar <u>San Dieguito Union High School District</u>	<u>(760) 753-6491 ext. 5596</u>
<u>710 Encinitas Blvd. Encinitas CA 92024</u>	Teléfono
Domicilio	

para el intercambio de información de salud / educación para el(los) propósito(s) indicado(s) a continuación.

Descripción
La información de salud que se intercambiará consiste en:
La información de educación que se intercambiará consiste en:
Propósito: Esta información se utilizará para el(los) siguiente(s) propósito(s):
1. La evaluación educativa y la planificación de programas
2. La evaluación de salud y la planificación de los servicios y el tratamiento en la escuela.
3. Otro: _____

Autorización	
Esta autorización es válida por un año civil / año natural. Se caducará en la fecha _____	
Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito constando que revoco mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el Distrito escolar, pueden no ser protegidos por los reglamentos de la ley de confidencialidad <i>HIPAA Privacy Rule</i> , pero pasarán a ser registros educativos protegidos bajo el decreto de privacidad <i>Privacy Act</i> y los derechos educativos de la familia <i>Family Educational Rights</i> . También entiendo que si me niego a firmar, tal denegación, no va a interferir con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica.	
_____	_____
Nombre del padre / tutor legal (favor de imprimir)	Teléfono
_____	_____
Firma del padre / tutor legal	Fecha
_____	_____
Firma del estudiante *	Fecha
_____	_____
*Si un estudiante menor de edad está autorizado bajo la ley federal o estatal para dar consentimiento sobre su cuidado médico sin el consentimiento de los padres, solamente el estudiante deberá de firmar este formulario de autorización. En el estado de Connecticut, un menor de edad competente, dependiendo de su edad, puede dar su consentimiento para su cuidado de salud mental, tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, las pruebas de VIH / SIDA y los servicios de salud reproductiva.	

Copias para: El padre / tutor legal / estudiante*
El médico u otro proveedor de atención médica que está intercambiando la información de salud protegida.
El funcionario escolar que solicita / recibe la información de salud protegida.
Rev. 10/30/15