



AUTORIZACIÓN PARA PERMITIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/PACIENTE :

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____
Apellido 1er Nombre IM

B. INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA DE:

- Distrito Escolar Children's Hospital Oakland
California Children's Services (CCS) San Joaquin General Hospital
Medical Therapy Unit Dameron Hospital
Valley Mountain Regional Center Kaiser Permanente
St. Joseph's Medical Center Public Health Services
UCSF Medical Center Mental Health Services
San Joaquin County Behavioral Health

Doctor/Clínica/Otro: _____
Doctor/Clínica/Otro: _____

C. INFORMACIÓN A SER DIBULGADA PARA, Y USADA POR EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE STOCKTON:

Escuela/Departamento _____ Persona de Contacto _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____ Teléfono _____ Fax _____

D. PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA:

- Autorización enviada a petición del padre/ Guardián Legal
Asistir en determinar el programa de educación escolar más apropiado/ acomodaciones de aprendizaje
Otros: _____

E. TIPO / DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN REQUERIDA:

Tarjeta de Vacunación Reportes Operativos Resumen de Clínica Ambulatoria
Órdenes del Dr. Resultados de Lab / Reportes de rayos X Fechas de Citas
/Tiempos
Historial y físico Resumen de alta del hospital Reportes de Salud Mental
Reportes de Consultas Otros: _____
Por el periodo de tiempo de _____ a _____

F. FIRMA AUTORIZANDO LA DIBULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Al firmar abajo, yo entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada a tratamiento, hospitalización, o atención ambulatoria, incluyendo impedimentos psicológicos/Psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, o pruebas del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (HIV por sus siglas en inglés), a menos que se excluya aquí: _____

Yo también entiendo que el distrito escolar es responsable por mantener los archivos confidenciales para su acceso y revisión por el personal educativo solamente. Los reportes académicos, psicológicos y de salud son intercambiados entre las escuelas públicas de California. Yo he leído y entendido las “Restricciones y Derechos En La Autorización” en el lado de atrás de esta forma la cual incluye mi derecho a rechazar firmar esta autorización, revocar esta autorización, y recibir una copia de esta autorización.

Si usted autoriza la divulgación de información a una persona o entidad que no está legalmente requerida mantenerlo confidencial, la información puede ser re- divulgada y puede **no** estar más protegida por la ley estatal o federal.

DURACIÓN: A menos que sea revocada, esta autorización expirará en 1 año de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario aquí: _____

Firma de Padre/ Guardián Legal

Relación

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Restricciones Y Derechos En La Autorización

- Firmar esta autorización, es voluntario. Usted puede rechazar firmar esta autorización. Rechazar firmar esta autorización no afecta el compromiso del Distrito Escolar Unificado de Stockton de proveer una educación de calidad para su niño; Sin embargo, rechazar firmar puede inhibir la habilidad de la escuela para implementar un plan óptimo de educación, acomodaciones de aprendizaje y/o un plan de cuidado de salud para su niño.
- Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Para revocar esta autorización, usted debe proveer a la organización o individuo enlistado en la sección B de esta forma, con una petición por escrito para revocar la autorización. Cualquier información divulgada antes de que su revocación por escrito sea recibida, puede ser usada como se había permitido previamente.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de su “Autorización Para Permitir La Divulgación de Información De Salud.” Si usted lo pide, usted recibirá una copia de esta autorización después que usted la firme.
- El Distrito Escolar Unificado de Stockton es responsable por mantener los archivos confidenciales para su acceso y revisión por el personal educativo envuelto en el caso solamente. Los reportes académicos, psicológicos y de salud son intercambiados entre las escuelas públicas de California. El Distrito Escolar Unificado de Stockton, no debe divulgar más esta información sin la debida autorización por escrito o sin haber informado al padre o tutor/guardián legal.
- Usted puede inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según lo previsto en el Código de Regulaciones Federales (CFR 164.524).

Este documento fue traducido a el padre/ guardián legal en _____. Este documento fue leído al paciente textualmente y las Preguntas, si hubieron, fueron contestadas antes de la firma.

Traducido por: _____
Firma Fecha