

**WORCESTER PUBLIC SCHOOLS** **SPANISH**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**  
**HIPAA- Autorización para intercambio de información medica**

**Nombre de Paciente/Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ (coloque nombre y titulo de quien provee el servicio de salud)

y \_\_\_\_\_ Enfermera o Medico de la escuela para el intercambio de información y/o

registros de salud sobre los propósitos mencionados a continuación.

\_\_\_\_\_ (coloque dirección y teléfono de la escuela)

\_\_\_\_\_ (coloque dirección y teléfono de su proveedor de salud)

**Descripción:**

La información de salud a ser divulgada se trate de:

1. Vacunas
2. Comunicación telefónica
3. Información médica que se necesita para cuidar al estudiante en la escuela
4. Condiciones medicas que ha tenido en el pasado o que tenga en el presente y el impacto que pueda tener sobre asistencia a la escuela, deportes, programas de la escuela o terapias.
5. Otro: \_\_\_\_\_

**Propósito: Esta información será usado para las siguientes razones:**

- Evaluación educativa y plan de programación
- Evaluación de salud y plan para obtener servicios de salud y tratamientos dentro de la escuela
- Evaluación medica y tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

**Autorización**

Esta autorización es válida por un año calendario. Se vence el \_\_\_\_\_ (incluya la fecha). Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta diciendo que retiro mi consentimiento. Entiendo que los registros de salud, no están protegidos por la Ley de Privacidad HIPAA, cuando están en las manos de la escuela pero se convertirán en registros educativos y serán protegidos por Derechos de Educación Familiar y Acta de Privacidad. También entiendo que si me niego a firmar, ese rechazo no va a interferir con la capacidad para que el niño pueda obtener atención medica.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Copias: Padre o estudiante\*

Medico o otro proveedor de salud que emita la información medica restringida

Enfermera de la escuela que requiere o reciba la información médica restringida