

**ESCOLAS PÚBLICAS DE WORCESTER
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

HIPAA-Autorização conforme para a troca de informações de saúde

Nome do paciente/aluno: _____ **Data de nascimento:** _____

Eu, por meio deste autorizo _____ (inserir nome e título do prestador de serviços de saúde)

e _____ enfermeira escolar/médico escolar para trocar informações/registros escolares para a finalidade listada abaixo.

_____ (inserir endereço e telefone da escola/distrito escolar)

_____ (inserir endereço e telefone do prestador de serviços de saúde)

Descrição:

As informações de saúde a serem prestadas consistem em:

1. Imunizações
2. Conversas por telefone
3. Informações médicas necessárias para o cuidado do aluno na escola
4. Condições médicas passadas e atuais e o impacto que pode ter em sua frequência, atividade física, programação escolar, ou terapia(s).
5. Outras: _____

Finalidade: Esta informação será utilizada para a(s) seguinte(s) finalidade(s):

- Avaliação educacional e planejamento do programa
- Avaliação de saúde e planejamento de serviços de cuidados de saúde e tratamento na escola
- Avaliação e tratamento médico
- Outras: _____

Autorização

Esta autorização é válida para um ano civil. Ela vencerá em _____ (inserir data). Eu compreendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma notificação por escrito da retirada do meu consentimento. Reconheço que os registros de saúde, uma vez recebidos pelo distrito escolar, podem não ser protegidos pela Regra de Privacidade do HIPAA, mas se tornarão registros educacionais protegidos pelos Direitos Educacionais da Família e Lei de Privacidade. Também compreendo que caso me recuse a assinar, tal recusa não interferirá na possibilidade do meu filho receber cuidados de saúde.

Assinatura dos pais

Data

Assinatura do(a) aluno(a)

Data

Cópias: Pai/mãe ou aluno(a)*

Médico ou outro prestador de serviços de saúde divulgando as informações de saúde confidenciais
Enfermeira escolar solicitando/recebendo a informação de saúde confidencial