



750 E. Main St., P.O. Box 1007
 El Cajon, CA 92022-1007
 Ph:(619) 588-3265 Fax (619) 588-3673

Website: www.cajonvalley.net

HIPPA AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR O REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD A LOS DISTRITOS ESCOLARES

Al completar este documento autorizo al médico u otro proveedor del cuidado de la salud, que intercambie información con Cajon Valley Union School District sobre la salud e historial médico de su niño/a según lo dispuesto, de acuerdo con las leyes de California y Federales (ej., HIPPA) con respecto a la privacidad de tal información. La falta de proveer toda la información requerida podrá invalidar esta autorización.

USO Y REVELACION DE LA INFORMACIÓN

Nombre del
 Paciente/Alumno:

Apellido

Nombre

Segundo
 Nombre

Fecha de
 Nacimiento

Yo, el suscrito, por este medio autorizo (nombre de agencia y/o entidad que proporciona atención médica):

(1) _____ (2) _____
 que proporcione información del expediente médico de salud del niño/a nombrado arriba, para y de

Distrito Escolar al cual se está haciendo la revelación

Domicilio/Ciudad/Estado/Código Postal

La persona de contacto del Distrito Escolar

Código de Área y Número de Teléfono

La revelación de la información de salud es requerida por las siguientes razones:

La información requerida se limita a solo lo siguiente Toda la información de salud; Información específica de la enfermedad tal como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización se hace efectiva de inmediato y se mantendrá en vigor hasta _____ (Fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma, si es que no se anotó una fecha en particular.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante revelar mi información de salud, a menos que el Solicitante obtenga otra autorización de mi parte o que la revelación sea requerida o permitida específicamente por ley.

SUS DERECHOS:

Yo entiendo que tengo los siguientes derechos al respecto de esta Autorización: Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento dado. La revocación debe estar por escrito, firmada por mi o de mi parte, y debe ser entregada a la entidad que proporciona atención médica/personas nombradas arriba. Mi revocación entrará en vigencia al recibirse, pero no al grado que el Solicitante u otros hayan actuado con dependencia de esta Autorización.

VOLVER A REVELAR:

Yo entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información de acuerdo al Decreto de Protección a los Derechos de Igualdad de Familias (FERPA) y que la información se volverá parte del expediente escolar del alumno. La información se compartirá con personas que trabajen en o con el Distrito Escolar con el propósito de proveer ambientes educativos seguros, apropiados, y menos restringidos y programas y servicios de salud escolar.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. La firma de esta autorización podría ser requerida para que el alumno pueda recibir los servicios apropiados en el ambiente educativo.

APROBACIÓN:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Relación con el Paciente/Alumno

Código de Área y Número de Teléfono



750 E. Main St., P.O. Box 1007
El Cajon, CA 92022-1007
Ph:(619) 588-3265 Fax (619) 588-3673

Website: www.cajonvalley.net

La Página 2 es Opcional

HIPPA AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR LA INFORMACION DE SALUD A LOS DISTRITOS ESCOLARES

Nombre del Paciente:

_____ (Apellido)

_____ (Nombre)

_____ (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento:

_____ Día/Mes/Año

D A T O S I M P O R T A N T E S /	I N F O R M A C I O N S O L I C I T A D A
C O N C L U S I O N E S /	R E C O M E N D A C I O N E S

Instrucciones para Completar la Forma de Autorización

Toda la información en la: AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD A LOS DISTRITOS ESCOLARES debe ser completada antes de que el padre/tutor pueda firmar.

SECCIÓN DE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN:

- Anote la información del estudiante para el cual la Información de Salud Protegida (PHI) está siendo solicitada.
- Anote los nombres de los proveedores médicos/cuidado de la salud en el #1 y #2. Anote los números de teléfono si es posible.
- Complete la información del distrito escolar/escuela.
- Indique quién tiene que recibir la información del distrito escolar/escuela. Si es para información médica, incluya el nombre de la enfermera escolar e información de contacto.
- Indique el propósito de la revelación y que información está siendo revelada.

DURACIÓN y FIRMA:

- Complete la sección de la fecha, indicando cuando quiere que la autorización expire. Todas las autorizaciones tienen un mínimo de vida de 12 meses a partir de la fecha que se firmó.
- Con claridad escriba el nombre(s) con letra de molde de la persona que se autorice su información sea revelada. La persona autorizada también debe firmar y fechar la forma.