

Autorización para proporcionar información de salud

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Número de identificación: _____

B. LA INFORMACIÓN SERÁ PROPORCIONADA DE (✓ según se necesite):

____ School District
____ California Children's Services (CCS)
____ CCS Medical Therapy Unit
____ Kern Regional Center (KRC)
____ Exceptional Parents Unlimited (EPU)
____ KMC
____ Kern County Superintendent of Schools (KCSOS)

____ Children's Hospital Central CA
____ UCLA
____ Children's Hospital LA
____ Kaiser Permanente MC
____ Community Health Center
____ Clinica Sierra Vista
____ Sagebrush Clinic

____ Charlie Mitchell Clinic
____ Genetics
____ PT/OT
____ Rehabilitation
____ Special Clinics
____ Speech and Hearing
____ Otro: _____

____ Médico/Clinica/Otro: _____

____ Médico/Clinica/Otro: _____

C. INFORMACIÓN QUE SERÁ PROPORCIONADA A Y USADA POR EL DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD

Escuela/Departamento: Departamento de Salud Escolar Persona de contacto: _____

Dirección: 222 34th Street Ciudad: Bakersfield Estado: CA Código postal: 93301

Teléfono: 661 631-5895 Fax: 661631-5898

D. PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

____ Autorización enviada a petición de los padres/tutores legales
____ Ayudar a determinar el programa educativo escolar /las adaptaciones de aprendizaje más apropiadas
____ Otro: _____

E. TIPO/DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

____ Registro de inmunizaciones
____ Órdenes del médico
____ Historial y examen físico
____ Reportes de consulta
____ Reportes de operación
____ Resultados del laboratorio/Reportes de rayos X
____ Resumen por ser dado de alta
____ Otro: _____
____ Resumen de clínica ambulatoria
____ Fechas/horas de las citas
____ Registros de salud mental

F. FIRMA AUTORIZANDO QUE SE PROPORCIONE LA INFORMACIÓN

Al firmar a continuación, comprendo que la información proporcionada puede incluir información respecto a tratamiento, hospitalización, o cuidado de paciente externo, incluyendo impedimento psicológico/psiquiátrico, abuso de drogas, alcoholismo, pruebas de SIDA o VIH, a menos que de otra manera se excluya aquí: _____

También comprendo que el distrito escolar es responsable de mantener los archivos confidenciales para acceso y repaso solamente por el personal educativo involucrado. Los registros académicos, psicológicos y de salud son intercambiados entre las escuelas públicas de California.

He leído y comprendo las "restricciones y derechos de la autorización" al reverso de este formulario las cuales incluyen mi derecho a rehusar firmar esta autorización, a revocar esta autorización y a recibir una copia de esta autorización.

A menos que sea revocada, esta autorización expirará en 1 año, a menos que se especifique de otra manera aquí: _____

Firma de los padres/tutores legales

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Restricciones y derechos de la autorización

Por favor de marcar con iniciales

- ___ Firmar esta autorización es voluntario. Usted puede rehusar firmar esta autorización. Rehusar firmar esta autorización no afectará el compromiso del Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield de proporcionar educación de calidad para su niño; sin embargo, rehusarse a firmar puede impedir la habilidad de la escuela de implementar un plan de educación óptimo, adaptaciones 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 persona anotada en la sección B de este formulario, una petición escrita para revocar la autorización. Cualquier información divulgada antes de que se reciba su revocación escrita puede ser usada como se había permitido previamente.
- ___ Usted tiene derecho a recibir una copia de su “autorización para proporcionar información de salud”. Si usted la solicita, recibirá una copia de esta autorización después de que usted la firme.
- ___ El Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield es responsable de mantener los archivos confidenciales para acceso y repaso solamente por el personal educativo involucrado. Los registros académicos, psicológicos y de salud son intercambiados entre las escuelas públicas de California. El Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield no deberá divulgar más de esta información sin la autorización específica, escrita e informada de los padres/tutores legales.
- ___ Si usted autoriza la revelación de información a una persona o entidad que no es requerida legalmente a mantenerla confidencial, la información puede volver a ser revelada y podría ya no ser protegida más por la ley estatal o federal.
- ___ Usted puede inspeccionar o copiar la información que será revelada, como se especifica en CFR 164.524.