

BOSTON PUBLIC SCHOOLS
“HIPAA”-Autorización para divulgar el historial de salud

Paciente /Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a _____ [escriba el nombre del proveedor de servicios de salud, dirección y teléfono] a que entregue una copia de la información/historial de salud de mi hijo/a por la razón expuesta abajo a la siguiente persona:

School Nurse: Marsha Riley RN BSN

School Name : Margarita Muniz Academy

Address : 20 Child Street, Jamaica plain MA 02130

Phone: 617 635-8198

Fax: 617 635- 7835

¿Qué información compartirá el Proveedor de Cuidado Médico con la escuela?

Asunto:

Planes de tratamiento

Registros de vacunación

Listas de medicamentos

Registros de terapia o consejería

Evaluaciones específicas (por ejemplo, psicológicas, físicas o de habla)

**Información para ser compartida: Para apoyar la planificación educativa o las adaptaciones Para
tratamiento médico o atención de emergencias Para coordinar la atención entre la escuela y el proveedor
Para fines legales o de cumplimiento**

Autorización

Esta autorización es válida por un año y expirará el _____. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita retirando mi consentimiento. Reconozco que una vez que este historial médico esté en manos del distrito escolar ya no estará protegido por las reglas de privacidad de HIPAA (“Health Insurance Portability Accountability Act”), si no que será parte del expediente escolar que está protegido por el decreto de derechos educacionales y de privacidad (“Family Educational Rights and Privacy Act - FERPA.”) También entiendo que aunque yo rehuse firmar esta autorización, esto no afectará la posibilidad de obtener servicios de salud para mi hijo/a.

Firma del padre/encargado _____ Fecha (mes/día/año) _____

*Si un menor esta autorizando su consentimiento para recibir servicios de salud sin el consentimiento de sus padres, bajo la ley federal o estatal, sólo el estudiante debe firmar esta autorización. En Connecticut, un menor competente, dependiendo de su edad, puede dar su consentimiento para recibir servicios ambulatorios de salud mental, adicción a drogas o alcohol, pruebas de HIV/SIDA, y servicios de planificación familiar.

Copias: Padre/encargado o estudiante*

Médico u otro proveedor de servicios de salud que esté entregando el historial de salud protegido.

Administrador escolar que pida/reciba el historial de salud protegido.