All Students, All of Us; Achieving Success Together!
SOUTH BAY UNION SCHOOL DISTRICT

SOUTH BAY UNION
SCHOOL DISTRICT
601 Elm Avenue • Imperial Beach, California 91932-2098
(619) 628-1600 • Fax: (619) 628-1608

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A DISTRITOS ESCOLARES

El llenar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información de salud identificada individualmente, tal como se estipula abajo, de acuerdo con la ley de California y la ley federal referentes a la confidencialidad de la información. El no dar la información solicitada podría invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/alumno: _____ / _____
Apellido, Primer nombre Inicial Fecha de nacimiento mes/día/año

Yo, el suscrito, por este medio autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de cuidados de salud):

(1) _____ (2) _____

para que dé información de salud del expediente del paciente que se nombra arriba a:

_____ _____
Distrito escolar al cual se da la información Dirección / Ciudad y Estado / Zona Postal

_____ _____
Persona a contactar distrito escolar Código de área y número de teléfono

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito:

_____

La información solicitada se limitará a lo siguiente: __ Información entera de salud; **o** __ información específica de la enfermedad como se describe:

_____

_____

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y continuará en vigor hasta _____ (*anote la fecha*) o por un año a partir de la fecha en que se firma, si no se anotó la fecha.
mes/día/año

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe que el que proporcione más información de mi salud a menos que el que la solicita obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que tal divulgación en cuestión la requiera o la permita la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos en lo que corresponde a esta Autorización: Puedo *revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, deberá estar firmada por mí o en mi nombre y deberá ser enviada a las agencias del cuidado de la salud o personas mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor inmediatamente que se reciba pero no tendrá vigencia en lo que corresponde a medidas ya tomadas por parte del Solicitante u otros en base a esta autorización.*

REDIVULGACIÓN:

Entiendo que el solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información tal como lo prescribe la Ley Derechos Educacionales y de Confidencialidad de la Familia *(FERPA,* por sus siglas en inglés), y que la información formará parte del expediente educacional permanente de los estudiantes. Se divulgará la información a personas que laboren en o con el Distrito Escolar con el fin de ofrecer un ambiente educacional seguro, apropiado y lo menos restrictivo y servicios y programas de salud en la escuela.
Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. El firmar esta autorización puede ser requerido para que este estudiante obtenga los servicios adecuados en el medio educativo.

APROBACIÓN:

_____ _____ _____
Nombre con letra de molde Firma Fecha mes/día/año

_____ _____
Relación con el paciente/ estudiante Código de área y número de teléfono

Rev. 03/09

Board of Trustees
Elvia Aguilar • Chris Brown • Nicholas Inzunza • Melanie Ellsworth • David Lopez

Superintendent
Carol A. Parish, Ed.D.