

## Autorización de Intercambio de Información de Salud y Educacional Escuelas Públicas de Walla Walla

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Grado: _____
------------------------------	----------------------------	--------------

**Enviar información a:** \_\_\_\_\_ **Atención de:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Número de Fax:** \_\_\_\_\_

**Proveedor #1:** \_\_\_\_\_ **Proveedor #3:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Proveedor #2:** \_\_\_\_\_ **Proveedor #4:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo el intercambio de información y registros de salud y educación para los propósitos presentados a continuación.**

- |                                                                       |                                                       |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registros de Consejería                      | <input type="checkbox"/> Evaluación de Salud Mental / | <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Registros Droga & Alcohol                    | Registros de Tratamiento                              | <input type="checkbox"/> Transcripciones                 |
| <input type="checkbox"/> Registros de Salud                           | <input type="checkbox"/> Registros Psicológicos       | <input type="checkbox"/> Otros _____                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual/ HIV/AIDS |                                                       |                                                          |

**LA INFORMACION REVELADA CONSISTE DE:**

**Esta información podría ser usada para los siguientes propósitos:** Evaluación y planeación del programa educacional / Evaluación y planeación para los servicios de cuidado de salud y tratamiento en la escuela / Evaluación y tratamiento Médico.

Esta autorización expira al finalizar el año escolar o el \_\_\_\_\_, (RCW 70.02.030) lo que ocurra primero. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una solicitud por escrito retirando mi consentimiento. Admito conocer que la Regla de Privacidad HIPAA podría no proteger registros sobre la salud, una vez recibidos por el distrito escolar, aunque podrían ser protegidos por el Acta de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia y otras leyes estatales y federales. También entiendo que si rechazo firmar esta forma, el rechazo no interferirá la habilidad de mi hijo(a) para obtener cuidado médico o servicios educacionales. Entiendo que la información obtenida será manejada de manera confidencial y usada por el equipo MDT/IEP para determinar decisiones de colocación y programaciones. Así mismo es mi derecho solicitar una copia de todos los registros del estudiante y debatir cualquier información que considere incorrecta.

Firma Padre/Madre	Fecha	Firma del Estudiante	Fecha
		<a href="#">"Proveer de Cuidado de Salud a Menores - RCW 26.28.010"</a>	

Esta revelación de información hecha por usted está protegida por leyes estatales y federales. Está prohibido revelar la información a cualquier agencia o persona no enlistada en esta forma, sin el previo consentimiento de quien es pertinente. Una autorización general de liberación de información médica o de otro tipo no es suficiente. Ver capítulo 70.02 RCW

Copias: Padres o estudiante\*  
Médico u otro proveedor de cuidado medico, para quien se revela la información protegida sobre la salud.  
Representante escolar solicitante/recibe la información de salud protegida.

El sobre deberá ser marcado como **“CONFIDENCIAL”**