

Autorización para Utilizar y Revelar Información Protegida Educativa o de Salud

1. Autorizo a los siguientes proveedores de salud para utilizar y revelar información educativa y de salud protegida relacionada a mi estudiante.

_____ (Nombre del estudiante)

_____ (Fecha de nac.)

_____ (Otros nombres utilizados por el estudiante)

_____ (Nombre de la escuela o programa)

Nombre y dirección del proveedor de atención médica autorizado para:

- Enviar o revelar información de salud protegida
- Recibir información de uso educativo

Nombre y dirección de la escuela o programa autorizado /EI/ECSE a:

- Enviar o revelar información educativa
- Recibir o utilizar información protegida de salud

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes fines (marque aquellos que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para educación especial, EI/ECSE, u otros servicios
<input type="checkbox"/> Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante
<input type="checkbox"/> Desarrollar un plan de salud individualizado | <input type="checkbox"/> Desarrollar un programa adecuado de educación individualizado o un plan de servicio familiar individualizado
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
|--|---|

3. Al marcar los recuadros a continuación, apruebo la utilización y revelación de los siguientes registros específicos médicos o educativos:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico
<input type="checkbox"/> Declaración de evaluación de salud
<input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico
<input type="checkbox"/> Historial clínico completo
<input type="checkbox"/> Información prenatal | <input type="checkbox"/> Información educativa
<input type="checkbox"/> Documentación del IFSP/IEP
<input type="checkbox"/> Expedientes clínicos
<input type="checkbox"/> Enfermedad(s) contagiosa(s)
<input type="checkbox"/> Notas del progreso médico | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas
<input type="checkbox"/> Informes de trabajo social
<input type="checkbox"/> Indicaciones sobre el tratamiento médico
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|--|--|

4. Al escribir mis iniciales en los espacios a continuación, apruebo la utilización o revelación de la siguiente información. Se deben enlistar los registros específicos, por ejemplo: la evaluación, el programa de tratamiento, el plan de alta médica.

___ Diagnóstico por drogas o alcohol, tratamiento o referencias médicas: _____

___ Expedientes solicitados relacionados al VIH/SIDA : _____

___ Expedientes solicitados sobre salud mental: _____

___ Información solicitada sobre exámenes genéticos: _____

5. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmar sin que esto afecte la atención médica de mi estudiante.
- b. Una vez firmado, tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario, así como el de inspeccionar o copiar cualquier información que se utilice o sea revelada según esta autorización (De ser permitido por las leyes estatales o federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
- c. En cualquier momento puedo revocar esta autorización notificando por escrito a: _____. Sin embargo, no afectará ninguna acción realizada antes de ser recibida la revocación o acciones basadas en la información compartida anteriormente.
- d. Los reglamentos federales de privacidad para la información médica protegida se adscriben únicamente a los planes de salud, a los proveedores de atención médica y a los centros de intercambio médico. De autorizar la revelación de información médica a otras agencias o individuos, es posible que la información revelada no esté protegida por el reglamento federal para la privacidad.
- e. Los reglamentos federales de privacidad para la información educativa se adjudican solo a las escuelas y a los programas EI/ECSE. De autorizar la utilización o revelación educativa a otras agencias o individuos, es posible que la información revelada no se encuentre protegida por el reglamento federal para la privacidad.

6. Apruebo la utilización o revelación de la información anterior. Entiendo que la utilización de esta información por cualquier otra razón que no sea la expresada anteriormente, esta prohibido. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto que se hayan tomado medidas basadas en la información que ha sido revelada anteriormente.

_____ (Firma del padre o tutor legal del estudiante)

_____ Fecha

_____ (Parentesco)

Esta autorización expira el _____ (mes/día/año) (Que no exceda más de un año desde la fecha de firmado).

Autorización para Utilizar y Revelar Información Protegida Educativa o de Salud

El propósito del formulario:

- Este formulario fue elaborado para que las agencias educativas soliciten información de las entidades de salud que requieran los formularios en conformidad con HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud).
- Este formulario es utilizado cuando existe la necesidad de obtener el consentimiento de un padre, tutor legal o estudiante que autorice el nombre de la agencia a:
 - Enviar o revelar información médica protegida o educativa; y
 - Recibir información protegida sobre salud e información educativa.

Instrucciones para rellenar el formulario:

Recuadro 1. Requerido.

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante, incluya su segundo nombre;
- Ingrese otros nombres usados por el estudiante, incluya los sobrenombres;
- Ingrese la fecha de nacimiento;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de salud que enviará o recibirá la información protegida educativa o de salud solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o programa EI/ECSE que enviará o recibirá la información protegida educativa o de salud solicitada; además
- Marque las casillas que indiquen el proveedor autorizado para enviar y el proveedor autorizado para recibir información protegida educativa o de salud.

Recuadro 2. Requerido

- Marque los recuadros que indiquen la manera en que la información educativa o de salud protegida solicitada será utilizada. Para un registro no mencionado en la lista, marque la casilla de "otro" y especifique el propósito.

Recuadro 3. Requerido.

- Marque los recuadros que indiquen los registros educativos o médicos específicos solicitados. Para un registro no mencionado en la lista, marque el recuadro de "otro" y especifique el registro médico o educativo diferente.

Recuadro 4. Requerido únicamente si alguno de los cuatro tipos de registros indicados es solicitado. De no elegirse ninguno de los cuatro tipos de registros, este recuadro deberá dejarse en blanco.

- Los cuatro tipos de registro indicados requieren un nivel adicional de protección. Para solicitar cualquier registro del recuadro #4, deberán enlistar el registro específico en los espacios proporcionados, además, los padres, tutores legales o estudiante deberán anotar sus iniciales en cada uno de los registros solicitados. Por ejemplo, para información sobre la salud mental, el programa podría indicar "evaluación del psicólogo" y el padre, el tutor legal o el estudiante anotarán sus iniciales en el espacio al comienzo de la línea de información sobre salud mental.

Recuadro 5. Requerido.

- Este recuadro contiene información relacionada con los derechos de los padres, tutores legales o del estudiante que concede la autorización, incluido el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de haber firmado, el derecho a inspeccionar la información a ser utilizada o revelada, y el derecho a revocar la autorización. Se proporciona información que específica que, al ser enviada la información solicitada, las leyes que protegen dicha información ya no se aplican; ya que la agencia receptora puede no estar sujeta a las mismas leyes que la agencia remitente.
- En el punto c., identificar quién recibirá la probable revocación. La declaración define que, si ya se llevó a cabo una acción, por ejemplo, si ya se envió información protegida de salud, entonces la revocación de esa información específica es inválida. Sin embargo, la agencia puede devolver voluntariamente la información recibida después de que la revocación haya sido firmada y presentada.

Recuadro 6. Requerido.

- El padre, tutor legal o estudiante debe firmar para que la autorización sea válida. Si es padre o tutor legal, se debe indicar la relación con el estudiante. Se deberá anotar la fecha al momento de la firma.
- La autorización es válida únicamente para los fines marcados o indicados en el formulario.

Casillero 7. Requerido.

- El día, mes y año en que caducará esta autorización deberá incluirse en el espacio provisto. La fecha no debe sobrepasar de un año después de la fecha de la firma.

Instrucciones adicionales:

- Coloque una copia de este formulario en el archivo del estudiante.
- La HIPAA requiere que los programas EI/ECSE del distrito escolar entreguen una copia del formulario de autorización a las personas que lo firmen y soliciten una copia. Sin embargo, se recomienda que el distrito escolar o el programa entreguen automáticamente al padre, tutor legal o estudiante una copia del formulario después de firmado, ya sea que lo hayan solicitado o no, para que conserven un registro de la autorización.