



Servicios de Salud del Distrito Escolar del Condado de Washington

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario autorizará el intercambio de información entre el proveedor de atención médica del estudiante y los profesionales de la escuela.

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:	Grado:
Autorizo la divulgación de la información del estudiante mencionado anteriormente			
Proveedor médico:		FAX:	
Teléfono:		FAX:	
Ciudad:			
Proveedor médico:		FAX:	
Teléfono:		FAX:	
Ciudad:			
Proveedor médico:		FAX:	
Teléfono:		FAX:	
Ciudad:			
Proveedor médico:		FAX:	
Teléfono:		FAX:	
Ciudad:			
PADRES/TUTOR			
<p>1. Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento a continuación; Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela y al médico del estudiante en nombre de mi hijo menor de edad mediante notificación por escrito al médico del estudiante. La revocación no afecta las divulgaciones de registros médicos realizadas antes de la revocación.</p> <p>1. Yo, el firmante, autorizo la divulgación de información relacionada con el diagnóstico / condición que se enumera a continuación con respecto al estudiante mencionado anteriormente a su escuela y al personal escolar apropiado y autorizo a la escuela a divulgar y discutir información e informes con el médico mencionado anteriormente y / o su personal de oficina asignado.</p> <p>1. Entiendo que los registros publicados pueden formar parte de los registros educativos del estudiante y pueden enviarse a otra escuela en la que el estudiante busca o tiene la intención de inscribirse. La escuela y el Distrito protegerán esta información de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA)</p> <p>1. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmar, y puedo inspeccionar la información que se divulga.</p>			
Información específica que se dará a conocer:			
<input type="checkbox"/> Historia actual y física <input type="checkbox"/> Registro de vacunación <input type="checkbox"/> Nota de progreso actual <input type="checkbox"/> Autorización de medicamentos <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Condición(es) de salud actual(es) <input type="checkbox"/> Otro _____			
Firma del padre/tutor: _____		Fecha: _____ Expira: _____ Graduación: _____	

Registros de fax/correo a:

Distrito Escolar del Condado de Washington

Enfermera: Whitney Bailey RN

Telefono: 801-471-7336

Fax: 435-251-9968