



Rady Children's Hospital - San Diego
3020 Children's Way
San Diego, CA. 92123



DTF717

PATIENT INFORMATION

Name:
MR#: Finance:
DOB:

Autorización para Uso o Divulgación de Información Médica a los Distritos Escolares

Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información médica que identifica al individuo, como se indica a continuación, de acuerdo a las leyes de California y federales (ejem., HIPAA) relacionadas con la privacidad de dicha información. Insuficiencia de la información solicitada puede invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del Paciente/Estudiante:
Apellido Nombre Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo (nombre de la agencia y/o proveedores de la salud):

(1) RCHSD (2)

que se proporcione información médica de los expedientes médicos del niño arriba mencionado para que se otorgue a o para que se obtenga de:

Distrito Escolar donde se hace la divulgación

Domicilio/ Ciudad y Estado/Código postal

Persona de contacto en el Distrito Escolar

Código del área y número telefónico

La divulgación de la información médica se solicita para el siguiente objetivo:

Continuidad de atención

La información solicitada deberá limitarse a lo siguiente: Toda la información médica; o Información específica a la enfermedad como se describe: Informes escritos y comunicación verbal - Información audiológica y de habla y lenguaje

DURACIÓN:

Esta autorización se pondrá en efecto inmediatamente y permanecerá en efecto hasta (anote la fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se anotó la fecha.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante hacer divulgaciones adicionales de mi información médica a menos que yo autorice al Solicitante o a menos que se requiera específicamente dicha solicitud o la ley lo permita.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos en relación a esta Autorización: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mi o por una persona que actúe en mi nombre, y debe ser enviada a las agencias de cuidado médico/ personas arriba mencionadas. Mi revocación será efectiva al ser recibida, pero no será efectiva en la medida que el Solicitante u otras personas hayan actuado conforme a esta Autorización.

VOLVER A DIVULGARSE:

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como se describe en la Ley de Protección de Derechos Igualitarios Familiares (FERPA) y que la información formará parte del expediente educacional permanente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan para o con el Distrito Escolar con el objetivo de proporcionar un medio ambiente seguro y apropiado y ambientes educacionales menos restringidos y servicios y programas escolares médicos. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. La firma en esta Autorización puede ser necesaria para que este estudiante obtenga los servicios adecuados en el ambiente educacional.

APROBACIÓN:

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
_____	_____	
Parentesco con el Paciente/Estudiante	Código del área y número telefónico	