



HAVERHILL ESCUELAS PÚBLICAS

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS DEL CUIDADO DE LA SALUD

Propósito: Su hijo ha sido identificado como un posible de salud / psicológico / educativo necesidad. El propósito de este formulario es permitir a las Escuelas Públicas de Haverhill para obtener los registros de atención de salud que se utilizarán en el establecimiento de un plan adecuado de atención y posibles futuros servicios educativos para su hijo. Como padre / tutor, usted tiene el derecho de dar o no dar el permiso para la liberación de los registros de su hijo el cuidado de la salud. Por favor llene las partes sombreadas de este formulario y enviar el formulario a su proveedor de atención médica del niño.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Estudiante Fecha de Nacimiento: _____ Distrito Escolar: Las Escuelas Públicas de Haverhill

Por la presente autorizo la entrega de registros:

De: _____ A: _____
Nombre del Nombre de proveedor de atención médica de la escuela y el personal

Dirección postal Dirección postal

Ciudad, Estado, Código Postal Ciudad, Estado, Código Postal

Por favor enviar por fax los documentos a este número de fax: 978-374-3441

Información General Médico a Revelar (marca): <input type="checkbox"/> registros médicos y clínicas <input type="checkbox"/> Social / Emocional Evaluación <input type="checkbox"/> Cartilla de Vacunación	<input type="checkbox"/> Visión / Audición Evaluación
	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica
	<input type="checkbox"/> Habla / Lenguaje Evaluación
	<input type="checkbox"/> trabajo / Evaluación Terapia Física

Las autorizaciones específicas: Este consentimiento sí no permite la divulgación de información específica, como se indica a continuación:

- Cuidado de Salud Mental / Psiquiatría
- VIH (SIDA) Prueba / Diagnóstico / Tratamiento
- diagnóstico de abuso de drogas y alcohol o Tratamiento
- Confirmado Resultados de la prueba de ETS y / o tratamiento

Entiendo que la ley estatal protege a todos los registros que contienen información acerca de la salud mental, drogas / alcohol registros de abuso o tratamiento están protegidos por las leyes federales de confidencialidad (42 CFR 2), el VIH / SIDA (o) confirmaron las pruebas de enfermedades de transmisión sexual o registros de tratamiento están protegidos por las leyes estatales de confidencialidad (603 CMR 23.00).

Su firma abajo significa que usted entiende y está de acuerdo a lo siguiente:

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios), excepto si recibo atención médica cuando el único propósito de la atención de la salud es la creación de información de salud para una tercera parte.

Entiendo que (a) debo revocar mi autorización por escrito y puede hacerlo completando y firmando un formulario de revocación de la autorización con el profesional del cuidado de la salud, y (b) si revoco mi autorización, entiendo que no va a afectar a cualquier medidas ya adoptadas por el proveedor de servicios de salud con base en esta autorización.

La información revelada bajo esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y ya no estará protegida por la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Documentos recibidos por las Escuelas Públicas de Haverhill, sin embargo, están protegidas de nueva divulgación bajo los Derechos Educativos de la Familia a la Ley de Privacidad (FERPA).

NOTA: Las autorizaciones para la liberación de los registros médicos tienen una validez de no más de 1 año a menos que se especifique lo contrario arriba. Si un intervalo de fechas no se proporciona, la autorización se vence 1 año a partir de la fecha de firma de esta autorización

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. ¿Debo retirar mi consentimiento, no se aplica a la información que ya ha sido prevista en el presente autorización / liberación.

Fecha Firma del padre del paciente / tutor Relación con el paciente

Fecha Firma del paciente / alumno si procede

Ortiga Medio enfermera de la escuela