

Distrito Escolar del Área de Elkhorn

Centro de Servicios Administrativos
3 North Jackson Street
El Edificio de 1887
Teléfono: (262) 723-3160
Fax: (262) 723-3536

GREGORY A WESCOTT
Administrador del Distrito

ELKHORN WISCONSIN 53121

WILLIAM TREWYN
Director de negocios del Distrito

THIS AUTHORIZATION IS HIPAA COMPLIANT

CATHY POMARANSKI
Director de Instrucción

CONSENTIMIENTO PARA EMISIÓN DE INFORMACIÓN O REGISTROS

Doy permiso para emitir información **entre:**

El Distrito Escolar del Área de Elkhorn

-Y-

3 N. Jackson Street

Elkhorn, Wisconsin 53121

Teléfono #: (262) 723-3160

Institución

Dirección

Ciudad/Estado

Teléfono

En cuanto a mi hijo/a, _____,
Nombre

Fecha de Nacimiento

La emisión de la siguiente información es autorizada:

Registros de salud física

Historial Psicosocial

Evaluación Psiquiátrica

Evaluación Psicológica

Órdenes Médicas

Planificación de Tratamiento

Horario de Tratamiento

Resumen de cuando fue dado de alta

Registros de progreso escolar

Registros de asistencia escolar

Resultados de pruebas estandarizadas escolares

Registros escolares de salud e inmunización

Registros escolares de disciplina

Prueba EEN, registros de progreso y colocación

Evaluación de drogas y alcohol y/o registros de tratamiento

Otros _____

Ésta información puede ser emitida y es necesaria con el/los propósito(s) de:

Éste permiso es válido por un año desde la fecha impresa. Una copia de este formulario es tan efectiva como el original. Yo certifico que soy el padre, guardián legal, representante personal del estudiante nombrado, o que soy el/la estudiante suficientemente mayor de edad, y tengo la autoridad de firmar este documento.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Relación al alumno

Representante Escolar y Título

Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a la confidencialidad de la información médica como lo es proporcionada bajo la ley federal y estatal. Por favor lea las siguientes guías antes de firmar ésta autorización.

No hay obligación de firmar. Usted no está obligado/a a firmar este documento, y puede negarse a hacerlo. Salvo como es permitido bajo la ley aplicable, los hospitales no pueden negarse en proveerle tratamiento u otros servicios de asistencia médica si usted se niega a firmar este documento.

Revocación. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización, por escrito, a cualquier hora antes que se expire. Sin embargo, su revocación escrita no afectará ninguna revelación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) listadas al dorso han hecho ya, en dependencia con esta autorización antes del tiempo que usted la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de cobertura de seguro, su revocación pueda que no sea efectiva en algunas circunstancias donde el asegurador esté disputando una reclamación. Su revocación tiene que ser hecha por escrito y dirigido al proveedor listado al frente de este documento.

Re-Publicación. Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este documento para recibir su información médica no son hospitales médicos u otras personas que son sujetas a leyes federales de privacidad de salud, la información médica que reciban puede perder la protección bajo las leyes federales de privacidad de salud, y esas personas pueden ser permitidas para re-publicar su información médica sin permiso previo de su parte.

Derecho a Revisar. Usted tiene el derecho a revisar o copiar la información médica para la cual está dando permiso para emitir, con ciertas excepciones provistas bajo la ley federal y estatal. Si usted quisiera revisar sus registros, contacte al departamento de contabilidad del paciente o el departamento de registros médicos del hospital donde recibió asistencia médica o algún otro tratamiento.

Publicación múltiple de información. El paciente puede pedir múltiples emisiones de la información mencionada en el documento de autorización. Sin embargo, todas las emisiones basadas in este documento son limitadas a registros fechados; incluyendo la fecha en que ha sido firmado por el paciente. Una nueva autorización será necesaria para la emisión de información de asistencia médica después de la fecha cuando el paciente firmó este documento, a menos que la autorización especifique que ciertos registros que serán creados en el futuro pueden ser emitidos, por ejemplo, “posteriores registros de un análisis en específico” o “posteriores registros de una cita para alguna clínica en especial”.

Firmas. Generalmente, si usted tiene o es mayor de 18 años, usted es la única persona quien es permitida para firmar un documento para autorizar la emisión de su información médica. Si usted es menor de 18 años, un padre de familia o custodio debe firmar este documento por usted.

Cuota por registros. El proveedor pueda que cargue una cuota razonable para copiar y cubrir gastos de envío y satisfacer esta petición. Todos los cargos son basados en leyes del gobierno que aplican a la emisión de información médica.

Iniciales. Por favor escriba sus iniciales para constar que ha leído los párrafos anteriores. _____