

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION/INTERCAMBIO DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____ (nombre del padre/tutor legal/estudiante (si tiene 18 años de edad o más), por medio de la presente autorizo al proveedor indicado abajo a divulgar cierta información protegida de salud o de educación del estudiante nombrado a continuación a los funcionarios del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake para el fin indicado abajo. Si se indica, también doy mi permiso a los funcionarios del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake a divulgar los expedientes confidenciales de educación al proveedor indicado abajo.

Nombre completo del estudiante (paciente): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del estudiante: _____

Proveedor externo:

Nombre: _____

Agencia: _____

Tel: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Indique todo lo que aplica: Puede proveer información a la escuela _____ Puede recibir información de la escuela _____

Escuela de WCPSS:

Nombre: _____

Puesto/Título: _____

Tel: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Puede proveer información protegida de salud a los funcionarios escolares: Sí No

Puede proveer expedientes educativos y/o información que identifica a la persona al proveedor externo: Sí No

Información que será proporcionada/intercambiada (indique todos los que aplican):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Calificaciones | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento | <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Registros disciplinarios |
| <input type="checkbox"/> Registros diagnósticos | <input type="checkbox"/> Archivo de Educación Especial | |
| <input type="checkbox"/> Otro: (Sírvese especificar) : _____ | | |

Esta información se proporciona para el siguiente fin: _____

Esta autorización se vencerá el (proporcione una fecha o evento): _____

Por favor lea y coloque sus iniciales en las siguientes declaraciones:

_____ Yo reconozco que puedo revocar esta autorización al proporcionar un aviso, por escrito, a cualquiera de las personas/organizaciones nombradas anteriormente a la dirección indicada arriba. Además reconozco que dicho aviso no aplica a la información divulgada antes de que cada parte reciba mi aviso de solicitud de revocar esta autorización.

_____ Yo reconozco que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que mi respuesta negativa no afectará mi habilidad o inhabilidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios del proveedor externo.

_____ Yo reconozco que el Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake está sujeto a reglas de confidencialidad según la ley federal y estatal que se diferencian de aquellas reglas de la agencia que proporciona esta información.

_____ Yo reconozco que este formulario se completó antes de que yo firmara mi nombre abajo.

Firma del padre/tutor legal/estudiante (si tiene 18 años o más)

Fecha