



**CONSENTIMIENTO FERPA/HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
DE SALUD ENTRE PROVEEDORES MÉDICOS y WHD 147**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de atención médica):

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

para proporcionar información de salud protegida del expediente médico del niño mencionado anteriormente hacia y desde: Distrito Escolar 147 de West Harvey-Dixmoor.

Persona de contacto en el distrito escolar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_

La información solicitada se limitará a las siguientes fechas de servicio:

De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Registros médicos: vacunas \_\_\_\_\_ Notas del médico \_\_\_\_\_ Informes de imágenes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Informes psicológicos/de trabajadores sociales

Informes de terapia: Habla \_\_\_\_\_ Ocupacional \_\_\_\_\_ Física \_\_\_\_\_ Desarrollo \_\_\_\_\_

Otros:

**DURACIÓN:**

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá a los 30 días a partir de la fecha de la firma en el autorización. Para fines de salud mental, esta autorización vencerá al año de la fecha de la firma.

**RESTRICCIONES:**

La ley prohíbe que WHD 147 haga más divulgaciones de mi información de salud a menos que WHD 147 obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

**SUS DERECHOS:**

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puede revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá ser por escrito, firmada por mí y

entregada al Distrito WHD 147. Mi revocación entrará en vigor al recibirla, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

**NUEVA DIVULGACIÓN:**

Entiendo que el Solicitante (WHD 147) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y que la información pase a formar parte del registro educativo del estudiante. La información se puede compartir con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, apropiados y menos restrictivos.

Según las disposiciones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois o la Ley de Confidencialidad de Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, la información no puede volver a divulgarse a menos que la persona que autorizó esta divulgación autorice específicamente la nueva divulgación. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier información sobre servicios de salud mental, drogas y alcohol o discapacidades del desarrollo que se divulgue de conformidad con esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. He leído y entiendo los términos de Esta Autorización y yo hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud.

**APROBACIÓN:**

Nombre impreso del padre/tutor

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente de 12 años o más \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Se requiere testigo para las liberaciones de salud mental.**