

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO de SANTA MÓNICA - MALIBU**  
**1651 Sixteenth Street, Santa Mónica, California, 90404-3891 - (310) 450-8338**  
**Departamento de Servicios de Salud**

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**EXPLICACIÓN** – Se solicita a usted esta autorización para usar o revelar información médica de acuerdo a los términos de confidencialidad sobre información médica del acto de 1981, Sección 56, del Código Civil de California.

Por la presente autorizo al doctor (nombre): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital o Asistencia Médica **proveedor** del servicio médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

para proporcionar el Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Atención: Enfermera Escolar \_\_\_\_\_

*los registros y la información médica que pertenecen a la historia clínica, la condición mental o física, los servicios o tratamientos que haya recibido su paciente.*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Esta autorización está limitada a los siguiente registros médicos y tipo de información:

Resumen de los registros médicos significativos, incluyendo historia clínica, neurológica, física o resultados emocionales y recomendaciones anteriores para programas escolares.

Otra: \_\_\_\_\_

El solicitante solo puede usar estos registros médicos para ayudar a planear el mejor programa educativo para satisfacer las necesidades del estudiante.

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y se mantendrá vigente hasta \_\_\_\_\_ (fecha).

Entiendo aún más, que el solicitante no puede usar o revelar la información médica a menos que yo otorgue otra autorización o a menos que tal uso o revelación sea requerida o permitida específicamente por la ley.

Copia solicitada y recibida:  Si  No Iniciales \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(paciente / padre o madre / guardián legal)

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