

Distrito Escolar Unificado de Santa Mónica-Malibú
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y/O EDUCATIVA

*Nombre del estudiante (agregue
otros nombres usados)*

Nro. de expediente médico

Fecha de Nacimiento

Domicilio del estudiante

Nro. de teléfono

Otro nro. de teléfono

Yo, _____, autorizo a _____ SMMUSD _____ a:
[nombre del estudiante o rep.] [Nombre de la entidad educativa]

___ Divulgar la información médica y educativa de la persona
mencionada anteriormente según como se identifica a continuación:

___ Obtener la información médica y educativa de la persona
mencionada anteriormente según como se identifica a continuación:

Persona u organización receptora de la información:

Persona u organización divulgadora de la información:

<u>Santa Monica-Malibu Unified School District</u> <i>Parte receptora Attn: School Nurse</i>	_____
<u>1717 4th Street</u> <i>Domicilio</i>	_____
<u>Santa Mónica, CA 90401</u> <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>	_____
<u>310-450-8338 /310-450-9862</u> <i>Teléfono/Fax</i>	_____

Duración: Esta autorización tendrá vigencia inmediatamente y permanecerá vigente por un año a partir de la fecha en que se firmó.

Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación escrita a la agencia divulgadora. La revocación escrita tendrá vigencia al momento de recibirla, pero no tendrá efecto sobre la información que ya se ha divulgado como respuesta a esta autorización.

Divulgación posterior: Entiendo que la información médica/educativa que se utilice o se divulgue/revele conforme a esta autorización, puede quedar supeditada a la divulgación posterior por parte del receptor y *podría* no estar protegida por las leyes federales y las regulaciones relacionadas a la privacidad de la información protegida de la salud. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se comparte a una agencia pública de educación es protegida con un número de expediente según lo dispuesto por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés).

Información de la salud: Entiendo que otorgar una autorización para divulgar/revelar la información de salud es un acto voluntario. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No debo firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamientos médicos.

Indicar el/los expediente/s: Indicar que tipo de información será divulgada.

___ Información médica ___ Información sobre medicamentos ___ Información psicológica/psiquiátrica ___ Salud mental
___ Información sobre drogas/alcohol ___ Expedientes educativos ___ Otra información: _____

El requisito para ser considerado para recibir servicios educativos dependerá del diagnóstico que reúna las condiciones de acuerdo a la parte divulgadora.

Solicito que la información divulgada de a esta autorización se utilice para los siguientes propósitos únicamente:

___ Evaluación educativa ___ Planificación educativa/Desarrollo del IEP ___ Otro: _____

Una copia o *facsimile* de esta autorización tiene la validez del original.

Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización para mis expedientes o de mi hijo(a)/dependiente.

Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información utilizada o divulgada.

Firma del estudiante o de su representante

Relación con el estudiante

Fecha

PARA TENER EN CUENTA: Se requiere la firma original para divulgar la información médica. No se aceptarán facsímiles de este formulario cuando se solicite divulgar la información médica.