

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA
CALIFORNIA SCHOOL FOR THE DEAF, FREMONT
AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN

Al completar este documento Ud. autoriza que se dé a conocer información sobre la salud individualmente identificable e información reunida del expediente del alumno de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) y la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA), la cual está relacionada con la Confidencialidad y Seguridad de Información Protegida sobre la Salud y la Información en el Expediente del Estudiante.

Instrucciones para el Padre o Tutor: Es necesario completar una forma para cada doctor o agencia local que ha proporcionado servicios. Por favor, entregue todas las formas de autorización llenadas con la solicitud.

1. Por medio de este, autorizo al siguiente individuo u organización:

El Individuo u Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal (Zip): _____

2. Dar a conocer información CONFIDENCIAL o recibir información de: (marque todo lo que corresponda)

Nombre del Representante(s) de la Escuela: _____
California School for the Deaf
39350 Gallaudet Drive
Fremont, CA 94538

3. Referente a mi hijo:

Nombre del estudiante: _____ fecha de Naci: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (zip): _____

4. La información que se va a dar a conocer está relacionada con: (marque todo lo que corresponda)
(Se entiende que la parte que va a recibir esta información no va a darla a conocer a una tercera parte sin el consentimiento apropiado.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medical | <input type="checkbox"/> Psychological Services |
| <input type="checkbox"/> Educational Services _____ | <input type="checkbox"/> Occupational Therapy/ Physical Therapy |
| <input type="checkbox"/> Regional Center/ California Children's Services | <input type="checkbox"/> Other Professional Services _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric/ Mental Health | <input type="checkbox"/> Other: <u>Special Education Records</u> |

5. La información solicitada será usada solamente para los siguientes propósitos: (marque todo lo que corresponda)

- Evaluación •Planeación Educativa •Otro: _____

Duración: Esta petición entrará en vigor inmediatamente y quedará en vigor hasta que sea revocada.

Revocación: Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a la agencia que está dando a conocer la información. La revocación por escrito va a entrar en vigor cuando se reciba, pero no va a afectar la información que ya ha sido dada a conocer anteriormente como resultado de esta autorización.

6. Una copia de esta autorización es tan valida como el original. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización para mi propio expediente.

Firma del Padre, Tutor Legal o Estudiante de 18 años o más

Fecha

Para: el Doctor, Hospital o Clínica: Es esencial que la información indicada en esta autorización sea enviada a la dirección arriba indicada lo más pronto posible. Desafortunadamente, no podemos pagarle por el reporte que estamos pidiendo, ya que no hay una provisión del Departamento de Educación del Estado de California para gastar los fondos por este propósito.