

# Beaver Dam Unified School District

## Departamento de Servicios para Estudiantes

### Autorización de Conformidad con HIPAA para el Intercambio de información de Salud y Educación

Este formulario autoriza a las dos agencias listado abajo para intercambiar información de los registros de:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

AGENCIA 1	Y	AGENCIA 2
Beaver Dam Unified School District 400 E. Burnett Street Beaver Dam WI 53916		

#### La Razón para este divulgación:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Educativa y Programa de Planificación | <input type="checkbox"/> Evaluación de Salud y Planificación para Servicios de Salud y Tratamiento en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Médica y Tratamiento                  | <input type="checkbox"/> Otro _____  |

#### La información a compartir podría incluir:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica  | <input type="checkbox"/> Evaluación Educativa                    |
| <input type="checkbox"/> Historia Social   | <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial         |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica   | <input type="checkbox"/> Recomendaciones de Tratamiento          |
| <input type="checkbox"/> Registro de comportamiento y progreso escolar   | <input type="checkbox"/> Informe sobre abuso de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> Registros de atención médica del paciente - la información que debe divulgarse consiste en: _____ |  |

#### Autorización

Esta autorización es válida por un año calendario. Expirará el \_\_\_\_\_ (inserte la fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito del retiro de mi consentimiento y que la revocación por escrito debe entregarse a la agencia / organización que autoricé a divulgar la información. **Entiendo que la revocación de la autorización no afectará ninguna acción tomada en dependencia de esta autorización antes de que se reciba una notificación por escrito de la revocación.** Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley de Privacidad de HIPAA y pueden convertirse en registros de educación protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) con protección adicional otorgada por el Estatuto de Wisconsin 118.25 (2m) (a) (b) y 146.82-146.83. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica. La información más allá de la fecha de la firma podrá ser divulgada. Los faxes / copias de este comunicado son aceptables como originales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si un estudiante menor de edad está autorizado para dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de los padres según las leyes federales o estatales, solo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. En Wisconsin, un menor competente, según la edad, puede dar su consentimiento para el tratamiento del abuso de alcohol y drogas, pruebas de VIH / SIDA y servicios de planificación familiar.