

Autorización para usar y/o divulgar  
información educativa y de salud protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o revelar información educativa y/o de salud protegida con respecto a mi hijo(a).

(Nombre del estudiante/niño)

(Fecha de nacimiento)

(Otros nombres usados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o del programa)

Nombre y dirección del proveedor de atención médica autorizado para:

Enviar/divulgar información médica protegida  
Recibir/usar información educativa

Nombre y dirección del programa de la escuela/EI/ECSE autorizado para:

Enviar/divulgar información educativa

Recibir/usar información médica protegida

Distrito Escolar de Bethel, 4640 Barger Drive, Eugene, OR 97402

2. Entiendo que esta información será utilizada para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

Determinar la elegibilidad para educación especial, EI/ECSE u otros servicios

Determinar los niveles actuales de rendimiento del estudiante/niño  
Desarrollar un plan de salud individualizado

Desarrollar un Programa de educación individualizado apropiado o un Plan de servicio familiar individualizado

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

3. Al marcar las casillas de abajo, autorizo el uso/divulgación de los siguientes registros médicos y/o educativos específicos:

Declaración de elegibilidad del médico  
 Declaración de evaluación de salud  
 Antecedentes y examen físico  
 Historial médico completo  
 Información prenatal

Información educativa  
 Documento IFSP/IEP  
 Registros clínicos  
 Enfermedades transmisibles  
 Notas del progreso

Evaluaciones psicológicas  
 Informes de trabajo social  
 Otro: \_\_\_\_\_

4. Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo el uso/divulgación de la siguiente información. Los registros específicos solicitados deben ser listados a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

Información de diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o referencia solicitada: \_\_\_\_\_

Registros relacionados con VIH/SIDA solicitados: \_\_\_\_\_

Información relacionada con la salud mental solicitada: \_\_\_\_\_

Información sobre pruebas genéticas solicitada: \_\_\_\_\_

5. Al poner mis iniciales en el espacio de abajo, estoy de acuerdo con:

La/El \_\_\_\_\_ puede comunicarse con los Programas de Asistencia Médica de Oregón (OMAP) para determinar la elegibilidad para el reembolso de Medicaid por los servicios cubiertos por Medicaid que mi hijo pueda recibir en el entorno educativo.  
(Nombre de la escuela/programa)

6. Entiendo que:

a. Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla sin afectar la atención médica de mi hijo.

b. Tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como inspeccionar o copiar cualquier información que se vaya a usar y/o divulgar bajo esta autorización (si lo permiten las leyes estatales y federales). Ver 45 CFR § 164.524).

c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a \_\_\_\_\_ por escrito. Sin embargo, no afectará ninguna acción tomada antes de que se recibiera la revocación o se tomaran acciones basadas en la información previamente compartida.

d. Las reglas federales de privacidad para la información médica protegida se aplican solo a los planes de salud, a las oficinas de compensación de atención médica o a los proveedores de atención médica. Si autorizo la divulgación de información médica a otras agencias o individuos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

e. Las reglas federales de privacidad para la información educativa se aplican solo a las escuelas y a los programas de EI/ECSE. Si autorizo la divulgación de información educativa a otras agencias o individuos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

7. Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información anterior. Entiendo que el uso de esta información por cualquier otra razón que no sean las expresadas anteriormente está prohibido. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas en base a información que ya haya sido revelada.

(Firma del padre, tutor legal, estudiante/niño)

(Relación)

(Fecha)

8. Esta autorización expira el \_\_\_\_\_ (sin exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).  
(Mes/Día/Año)

## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN EDUCATIVA Y DE SALUD PROTEGIDA

### Propósito del formulario:

- Este formulario fue creado para que las agencias educativas pudieran solicitar información a las entidades de salud que requieren formularios de liberación de cumplimiento con la HIPAA. (HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)
- Este formulario se utiliza cuando hay una necesidad de obtener el consentimiento de un padre, tutor legal o estudiante/niño para autorizar a la agencia nombrada a:
  - Enviar/divulgar información médica protegida y/o información educativa; y/o
  - Recibir/usar información médica protegida y/o información educativa

### Instrucciones para completar el formulario:

#### Casilla 1. Requerida.

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante/niño, incluido el segundo nombre;
- Ingrese otros nombres usados por el niño, incluyendo apodos;
- Ingrese la fecha de nacimiento del niño;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de atención médica que enviará o recibirá la información médica y/o educativa protegida solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o programa EI/ECSE que envía o recibe la información médica y/o educativa protegida solicitada; y
- Marque todas las casillas apropiadas que correspondan indicando qué proveedor está autorizado a enviar y qué proveedor está autorizado a recibir información médica y/o educativa protegida.

#### Casilla 2. Requerida.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a cómo se utilizará la información médica y/o educativa protegida solicitada. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla 3 Otro y especifique un tipo de propósito diferente.

#### Casilla 3. Requerida.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a los registros médicos y/o educativos específicos solicitados. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla 3 Otro y especifique un tipo de registro diferente.

#### Casilla 4. Requerida solo si se solicita alguno de los cuatro tipos de registros indicados. Esta casilla debe dejarse en blanco si no se solicita ninguno de estos cuatro tipos de registros.

- Los cuatro tipos de registros indicados requieren un nivel adicional de protección. Para solicitar cualquier registro en la Casilla 4, el tipo específico de registro debe ser listado en los espacios provistos y el padre, tutor legal o estudiante/niño debe poner sus iniciales en el espacio antes de cada tipo de registro solicitado. Por ejemplo, para la información de salud mental, un programa podría indicar 3 Evaluaciones psicológicas y luego el padre, tutor o estudiante/niño debe poner sus iniciales en el espacio al principio de la línea de información de salud mental.

#### Casilla 5. Requerido solo si el formulario se está usando para comunicarse con el Programa de Asistencia Médica de Oregón (OMAP) para determinar la elegibilidad de un niño para Medicaid. Si este es el caso, entonces identifique la escuela o el programa EI/ECSE que busca la información del OMAP, y pídale al padre que ponga sus iniciales en el espacio frente a la declaración.

#### Casilla 6. Requerida.

- Esta casilla contiene información relacionada con los derechos de los padres, tutores o niños al otorgar autorizaciones, incluidos el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de firmar, el derecho a inspeccionar la información que se va a usar y/o divulgar y el derecho a revocar la autorización. Se proporciona información que aclara que cuando se envíen los datos solicitados, las leyes que protegen esa información pueden dejar de aplicarse, ya que el organismo receptor puede no estar obligado por las mismas leyes que el organismo emisor.
- En el punto c., identifique quién recibirá la revocación potencial. La declaración aclara que si ya se ha realizado una acción, por ejemplo, ya se ha enviado información médica protegida, entonces la revocación de esa información específica no es válida. Sin embargo, la agencia puede devolver voluntariamente la información recibida después de que la revocación haya sido firmada y presentada.

#### Casilla 7. Requerida.

- El padre, tutor legal o estudiante/niño debe firmar para que la autorización sea válida. Si es el padre o tutor, se debe indicar la relación con el niño. Debe introducirse la fecha de la firma.
- La autorización solo es válida para los fines verificados o indicados en el formulario.

#### Casilla 8. Requerida.

- El mes, día y año de vencimiento de esta autorización debe incluirse en el espacio provisto. La fecha no debe ser superior a un año a partir de la fecha de la firma.

### Instrucciones adicionales

- Coloque una copia de este formulario en el archivo del estudiante/niño.
- La HIPAA requiere que el programa del distrito escolar/EI/ECSE entregue una copia del formulario de autorización a las personas que lo firmen y soliciten una copia. Sin embargo, se recomienda la práctica de que el distrito/programa escolar le dé automáticamente al padre, tutor o estudiante/niño una copia del formulario después de que lo haya firmado, ya sea que lo solicite o no, para que tenga un registro de la autorización.