

## AUTORIZACION PARA LA LIBERACION/INTERCAMBIO DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/tutor legal/estudiante (si tiene 18 años de edad o más), por medio de la presente autorizo al proveedor indicado abajo a divulgar cierta información protegida de salud o de educación del estudiante nombrado a continuación a los funcionarios del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake para el fin indicado abajo. Si se indica, también doy mi permiso a los funcionarios del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake a divulgar los expedientes confidenciales de educación al proveedor indicado abajo.

Nombre completo del estudiante (paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

### Proveedor externo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Indique todo lo que aplica: Puede proveer información a la escuela \_\_\_\_\_ Puede recibir información de la escuela \_\_\_\_\_

### Escuela de WCPSS:

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto/Título: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Puede proveer información protegida de salud a la persona al proveedor externo: Sí  No

Puede proveer expedientes educativos y/o información que identifica a la persona al proveedor externo: Sí  No

### Información que será proporcionada/intercambiada (indique todos los que aplican):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos                   | <input type="checkbox"/> Calificaciones                | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas     |
| <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento            | <input type="checkbox"/> Asistencia                    | <input type="checkbox"/> Registros disciplinarios |
| <input type="checkbox"/> Registros diagnósticos              | <input type="checkbox"/> Archivo de Educación Especial |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: (Sírvese especificar) : _____ |  |   |

Esta información se proporciona para el siguiente fin: \_\_\_\_\_

Esta autorización se vencerá el (proporcione una fecha o evento): \_\_\_\_\_

Por favor lea y coloque sus iniciales en las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que puedo revocar esta autorización al proporcionar un aviso, por escrito, a cualquiera de las personas/organizaciones nombradas anteriormente a la dirección indicada arriba. Además reconozco que dicho aviso no aplica a la información divulgada antes de que cada parte reciba mi aviso de solicitud de revocar esta autorización.

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que mi respuesta negativa no afectará mi habilidad o inhabilidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios del proveedor externo.

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que el Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake está sujeto a reglas de confidencialidad según la ley federal y estatal que se diferencian de aquellas reglas de la agencia que proporciona esta información.

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que este formulario se completó antes de que yo firmara mi nombre abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal/estudiante (si tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha