



Madera-Mariposa SELPA

Autorización para Divulgar/Intercambiar Información Medica y Educativa Protegida

A. INFORMACION DEL ESTUDIANTE/PACIENTE

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ____ M ____ F # de ID Estudiantil: _____

B. TIPO/DESCRIPCION DE INFORMACION SOLICITADA

- | | |
|---|--|
| ☐ Archivos Educativos/Educación Especial | ☐ Fechas/Horas de Citas |
| ☐ Archivo de Inmunización | ☐ Informes Clínicos de Laboratorio y Radiografías |
| ☐ Antecedentes Médicos y Examen Físico | ☐ Resumen de Alta |
| ☐ Ordenes Medicas | ☐ Informes de Consulta |
| ☐ Resumen de Clínica Ambulatoria | ☐ Expedientes de Salud Mental |
| ☐ Informes Quirúrgicos | ☐ Otro: _____ |

C. INFORMACION DIVULGADA POR (Indique con ☒ según sea necesario):

- | | |
|--|---|
| ☐ _____ Distrito Escolar | ☐ Kaiser Permanente MC, Fresno |
| ☐ Servicios para los Niños de California (CCS) | ☐ Hospital Comunitario de Madera |
| ☐ Centros de Salud Camarena | ☐ Condado de Madera - Depto. de Servicios de Salud Mental (requiere formularios adicionales) |
| ☐ Centro Regional del Valley Central (CVRC*) | ☐ Condado de Madera - Depto. de Asistencia Social (requiere formularios adicionales) |
| ☐ Centro Medico Comunitario de Clovis | ☐ Condado de Madera - Depto. de Libertad Condicional |
| ☐ Community Action Partnership of Madera County | ☐ Condado de Madera - Depto. de Salud Publica |
| ☐ Centro Regional Comunitario Medico (CRMC) | ☐ Centro de Consejería de Mariposa |
| ☐ Exceptional Parents Unlimited (EPU*) | ☐ Centro Medico de Saint Agnes |
| ☐ Hospital Fremont | ☐ UMC Centro de Salud para Niños |
| ☐ Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno | |

* Por sus siglas en ingles

Valley Children's Healthcare ☐ Clínica Charlie Mitchell ☐ Genética ☐ Terapia Física/Ocupacional ☐ Rehabilitación ☐ Clínicas Especializadas ☐ Habla y Audición ☐ Otro: _____	☐ Agencia Educativa: _____ ☐ Medico: _____ ☐ Clínica: _____ ☐ Otro: _____ ☐ Agencia Educativa: _____ ☐ Medico: _____ ☐ Clínica: _____ ☐ Otro: _____
--	--

D. LA INFORMACION SE DIVULGARA A Y UTILIZADA POR:

Escuela/Departamento: _____

Persona de Contacto: _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Numero Telefónico: _____ Numero de Fax: _____

E. PROPOSITO DE LA INFORMACION SOLICITADA

☐ Autorización transmitida por petición del Padre/Tutor Legal/Padre Sustituto

☐ Ayudar en determinar el programa mas apropiado de educación escolar/acomodaciones de aprendizaje/evaluación educativa

☐ Otro: _____

F. FIRMA AUTORIZANDO LA DIVULGACION DE INFORMACION

Al firmar a continuación, yo entiendo que la información divulgada pudiera incluir información respecto al tratamiento, hospitalización, o cuidado ambulatorio, incluyendo impedimentos psicológicos/psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, SIDA, o pruebas del VIH, a menos que se excluya aquí:

También comprendo que el distrito escolar es responsable de mantener archivos confidenciales para el acceso y revisión por parte del personal educativo implicado

solamente. Expedientes académicos, psicológicos y médicos con intercambiados entre las escuelas publicas de California.

Confirmo que he leído y comprendido la “Autorización, Restricciones y Derechos” en el dorso de este documento que incluye mi derecho de negarme a firmar esta autorización, a revocar esta autorización, a recibir una copia de esta autorización y que una copia de esta autorización es considerada tan valida como la original.

A menos que yo la revoque, esta autorización se vencerá en un año, a menos que yo indique lo contrario aquí:

Firma del Padre/Tutor Legal/Padre Sustituto

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Autorización, Restricciones y Derechos

- Duración:** Esta autorización entra en vigor de inmediato y permanecerá vigente, a menos que sea revocada, por un año a partir de la fecha de la firma.
- Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, mediante enviar notificación escrita a la agencia que divulga la información. La revocación escrita entra en vigor al recibirse, pero no aplicara a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Divulgación:** Entiendo que información medica utilizada o divulgada a consecuencia de esta autorización puede ser revelada a su vez por el recipiente, lo que supone que ya no estará protegida por las normas federales sobre privacidad de información medica protegida. Entiendo asimismo la confidencialidad de la información cuando es divulgada a una agencia publica de educación es protegida como un registro académico bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA*).
- Información de Salud:** Entiendo que autorizar la divulgación de información medica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario firmar esta forma a fin de asegurar tratamiento medico.