



INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y REGISTROS EDUCATIVOS

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

No. de historia clínica
(para completar por el personal)

Teléfono: _____

Domicilio: _____

USAR Y DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS O REGISTROS EDUCATIVOS ENTRE:

Instalación o nombre:	Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children	Nombre de la distrito:	_____
Domicilio:	1600 Rockland Road	Nombre de la escuela:	_____
Ciudad/estado/ Cod. postal:	Wilmington, DE 19899	Domicilio:	_____
Teléfono#:	_____	Teléfono#:	_____
		Fax #:	_____

AUTORIZACIÓN:

1. Autorizo al personal de enfermería escolar y al personal médico de Nemours a discutir y compartir registros educativos e información de salud.
2. Comprendo que el personal de enfermería escolar tendrá acceso a la información relacionada con el tratamiento y no tratamiento contenida en el registro médico de mi hijo.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Nemours y a mi escuela a las direcciones mencionadas arriba.
4. Comprendo que mi revocación no afecta las divulgaciones hechas antes de que se reciba y procese la revocación.
5. Comprendo que la firma de esta autorización es totalmente voluntaria.
6. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización caducará cuando finalice el año escolar actual (15 de agosto) a menos que se especifique una fecha anterior: _____

Firma del padre/tutor/representante legal*: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/tutor/representante legal en imprenta*: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

* Padre o estudiante elegible, tal como se establece y define en la Ley de Derechos de Privacidad y Educación Familiar (FERPA)