

Formulario HIPAA de autorización para el uso y la divulgación de la información personal sanitaria Programas y servicios escolares y educacionales

Nombre del paciente (estudiante) _____	Fecha de nacimiento _____	N.º de expediente médico: _____
Sección 1: Autorizo al Children's Hospital Colorado a divulgar información, en las condiciones que se describen a continuación, a:		
Nombre de la escuela o distrito que recibirá la información: _____		
Dirección: _____		
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____		
Elija todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Enfermera escolar <input type="checkbox"/> Audiología <input type="checkbox"/> Programa Child Find <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Otro _____		
Finalidad: Para el uso escolar con fines educacionales, incluidas las evaluaciones y revisiones para el IEP y el plan 504.		
Sección 2: Tipo de registros y fechas que se divulgarán con fines educativos** <i>(Elija todas las opciones que correspondan)</i>		
<input type="checkbox"/> Notas e informes del profesional sanitario <input type="checkbox"/> Registro de vacunación <input type="checkbox"/> Exámenes de la vista <input type="checkbox"/> Pruebas audiológicas		
<input type="checkbox"/> Resúmenes de altas <input type="checkbox"/> Planes de atención (especifique los departamentos): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Fechas de los servicios (entre): _____ y _____		
**Por favor, tenga en cuenta: la información que se divulgue puede incluir <i>un diagnóstico o referencia</i> a las siguientes afecciones: servicios de salud conductual o atención psiquiátrica, anemia falciforme, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); consumo de drogas o alcohol, o enfermedades de transmisión sexual. El Children's Colorado no divulgará estos registros departamentales específicos: salud reproductiva, incluidos embarazos y enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, información del tratamiento contra el consumo de alcohol o drogas, o información sobre la atención de la salud conductual psiquiátrica.		
Sección 3: Método de divulgación (elija todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Divulgación verbal entre el profesional sanitario y la escuela <input type="checkbox"/> Acceso del personal escolar o divulgación mediante EpicCare Link		
<input type="checkbox"/> Es necesario que el Children's Hospital Colorado procese la gestión de la información sanitaria y los expedientes médicos antes de enviarlos a la escuela:		
<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD <i>(esta opción solo está disponible para los expedientes médicos)</i>		
<input type="checkbox"/> Por correo: _____		<input type="checkbox"/> Por fax a: _____
_____		A la atención de: _____

Entiendo lo siguiente: Esta autorización **quedará sin efecto** (caducará) el 30 de septiembre de cada año o en la fecha en la que el paciente o el estudiante cumpla la mayoría de edad y sea considerado un adulto bajo la ley estatal. Puedo solicitar una fecha de caducidad más cercana por escrito. Puede que revoque esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Children's Hospital Colorado. Entiendo que esto solo se aplica para divulgaciones de información en el futuro, y no a la información que ya se divulgó. La información que se divulgó ya no está protegida por la HIPAA y puede que **vuelva a divulgarse**. Una vez que la escuela obtiene esta información, puede estar protegida por otra ley, como la ley FERPA. El Children's Hospital Colorado continuará brindando atención y solicitando los pagos por los servicios brindados a mi hijo(a), incluso si no firmo esta autorización. No habrá cargos por las copias de los expedientes médicos que la escuela reciba directamente.

Esta autorización no aplica a la información sobre la relación de tratamiento entre el Children's Hospital Colorado y el personal escolar. Entiendo que la información todavía se compartirá con el personal de la escuela con motivos de atención sanitaria, incluso si no firmo esta autorización.

Firma del representante autorizado

Fecha

Children's Colorado HIM • 13123 E. 16th Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Teléfono: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251



Formulario HIPAA de autorización para el uso y la divulgación de la información personal sanitaria de programas y servicios escolares y educacionales
Revisión: 11/2021
Página 1 de 1

Coloque aquí la etiqueta de identificación del paciente