



# Autorización para utilizar o compartir información educativa y médica protegida

## 1. Autorizo a los siguientes proveedores a utilizar o compartir información educativa y médica protegida sobre mi hijo.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del estudiante/menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Otros nombres utilizados por el estudiante/menor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela o programa)

### Nombre y dirección del proveedor de atención médica autorizado a:

- Enviar/compartir información protegida de salud
- Recibir/utilizar información educativa

### Nombre y dirección de la escuela/programa de EI/ESCE autorizado a:

- Enviar/compartir información educativa
- Recibir/utilizar información protegida de salud

## 2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todas las opciones que correspondan):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para servicios de educación especial, EI/ECSE u otros servicios | <input type="checkbox"/> Desarrollar un programa de educación individualizada ( <i>Individualized Education Program, IEP</i> ) o un plan individualizado de servicios familiares ( <i>Individualized Family Service Plan, IFSP</i> ) adecuados |
| <input type="checkbox"/> Determinar los niveles de desempeño actuales del estudiante/menor                          | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____   |
| <input type="checkbox"/> Elaborar un plan de salud individualizado  |  |

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico | <input type="checkbox"/> Información educativa    | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de evaluación de salud     | <input type="checkbox"/> Documento del IFSP/IEP   | <input type="checkbox"/> Informes de trabajo social |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico           | <input type="checkbox"/> Registros clínicos       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo               | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas | _____   |
| <input type="checkbox"/> Información prenatal                   | <input type="checkbox"/> Notas de progreso        | _____   |

## 4. Al escribir mis **iniciales** en los siguientes espacios, autorizo el uso o la divulgación de la siguiente información. A continuación se **deben** indicar los registros específicos solicitados, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan del alta.

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

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

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

\_\_\_ Información de pruebas genéticas solicitada: \_\_\_\_\_

## 5. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y me puedo negar a firmarla sin que esto afecte la atención médica de mi hijo.
- b. Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y a inspeccionar o copiar cualquier información que será utilizada o compartida en virtud de esta autorización (si lo permite la ley estatal y federal. Consultar 45 CFR § 164.524).
- c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a \_\_\_\_\_ por escrito. Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada antes de que se recibiera la revocación o las medidas tomadas en función de la información compartida previamente.
- d. Las normas de privacidad federal para la información de salud protegida solo se aplican a los planes de salud, los centros de intercambio de información de atención médica o los proveedores de atención médica. Si autorizo la divulgación de información médica a otras agencias o personas, la información compartida puede ya no estar protegida por las normativas federales de privacidad.
- e. Las normas de privacidad federales para la información relacionada con la educación aplican solo a las escuelas y programas de EI/ECSE. Si autorizo la divulgación de información educativa a otras agencias o personas, la información compartida puede ya no estar protegida por las normativas federales de privacidad.

## 6. Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información mencionada anteriormente. Entiendo que el uso de esta información por cualquier otro motivo que no sea el expresado anteriormente está prohibido. Este consentimiento está sujeto a la revocación en cualquier momento, excepto cuando la medida se haya tomado sobre la base de información que ya se hubiera compartido.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre, la madre, el tutor legal, el estudiante/menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Vínculo)

Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ (mes/día/año) (sin exceder un año desde la fecha de la firma anterior).



## **Autorización para utilizar o compartir información educativa y médica protegida**

### **Propósito del formulario:**

- Este formulario fue elaborado para que las agencias educativas pudieran solicitar información a entidades médicas que requieren formularios de divulgación que se ajusten a la ley HIPAA. (HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos).
- Este formulario se utiliza cuando se necesita obtener el consentimiento del padre, la madre, el tutor legal o el estudiante/menor para autorizar a la agencia mencionada a:
  - Enviar/compartir información protegida de salud o información educativa; o
  - Recibir/usar información protegida de salud o información educativa.

### **Instrucciones para completar el formulario:**

#### **Cuadro 1. Obligatorio.**

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante/menor, incluido el segundo nombre;
- Ingrese otros nombres utilizados por el menor, incluidos sobrenombres;
- Ingrese la fecha de nacimiento del menor;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de atención médica que enviará o recibirá la información de salud protegida o información educativa solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o programa de EI/ECSE que enviará o recibirá la información de salud protegida o información educativa solicitada; y
- Marque todas las casillas adecuadas que correspondan indicando qué proveedor está autorizado a enviar y qué proveedor está autorizado a recibir la información de salud protegida o educativa.

#### **Cuadro 2. Obligatorio.**

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

#### **Cuadro 3. Obligatorio.**

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a qué registros médicos o educativos se están solicitando. Para un registro que no esté representado en la lista, marque la casilla que dice "otro" y especifique otro tipo de registro.

#### **Cuadro 4. Obligatorio solo si se solicita alguno de los cuatro tipos de registros indicados. Este cuadro se debería dejar en blanco si no se solicita ninguno de estos cuatro tipos de registros.**

- Los cuatro tipos de registros indicados requieren un nivel de protección adicional. Para solicitar algún registro del cuadro n.º 4, se debe indicar el tipo de registro específico en los espacios proporcionados y el padre, la madre, el tutor legal o el estudiante/menor deben escribir sus iniciales en el espacio antes de cualquier tipo de registro solicitado. Por ejemplo, para información de salud mental, un programa podría indicar "evaluación psicológica" y luego el padre, la madre, el tutor o el estudiante/menor escribirían sus iniciales en el espacio que se encuentra al comienzo de la línea de información de salud mental.

#### **Cuadro 5. Obligatorio.**

- Este cuadro contiene información relacionada con los derechos del padre, la madre, el tutor o el menor al dar su autorización, incluido el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de firmar, el derecho a inspeccionar la información que será utilizada o divulgada y el derecho a revocar la autorización. Se da información que aclara que cuando se envía la información solicitada, las leyes que protegen esa información tal vez ya no se puedan aplicar debido a que la agencia que la recibe puede no estar sujeta a las mismas leyes que la agencia que la envía.
- En el punto c, identifique quién recibirá la posible revocación. El enunciado aclara que si ya se tomó una medida, por ejemplo, la información de salud protegida ya fue enviada, entonces la revocación para esa información específica no es válida. Sin embargo, la agencia puede devolver voluntariamente la información recibida después de que se haya firmado y presentado la revocación.

#### **Cuadro 6. Obligatorio.**

- El padre, la madre, el tutor legal o el estudiante/menor deben firmar para que la autorización sea válida. Si es el padre, la madre o el tutor, se debe indicar qué vínculo tienen con el menor. Se debe ingresar la fecha de la firma.
- La autorización solo es válida para los propósitos marcados o indicados en el formulario.

#### **Cuadro 7. Obligatorio.**

- Se debe incluir el mes, el día y el año en que vencerá esta autorización en el espacio proporcionado. La fecha no debe ser posterior a un año después de la fecha de la firma.

### **Instrucciones adicionales**

- Coloque una copia de este formulario en el archivo del estudiante/menor.
- La ley HIPAA exige que el distrito escolar/programa de EI/ECSE le entreguen una copia del formulario de autorización a las personas que la firman y solicitan una copia. No obstante, la práctica recomendada es que el distrito escolar/programa automáticamente le dé al padre, a la madre, al tutor o al estudiante/menor una copia del formulario después de que lo firmen, aunque no lo soliciten, para que tengan un registro de la autorización.