Autorización para el intercambio mutuo de información o registros confidenciales

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Monroe Public Schools N.º de teléfono _____ Fax _____
Atención _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Cód. postal _____

y

Nombre del proveedor _____Fax_____
Entidad _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Cód. postal _____ N.º de teléfono _____

Autorizo por este medio la divulgación y/o intercambio de la siguiente información (✓marque todos los registros solicitados)

	Evaluación de desarrollo		Historia clínica ☐1 año ☐2 años ☐Todos
	Notas de diagnóstico y tratamiento		Administración de los medicamentos
	Evaluación de drogas y alcohol		Registros de salud mental
	Registros educativos		Evaluación neuropsicológica
	Registros del paciente/Resumen del alta médica		Informe sobre el habla/terapia ocupacional/fisioterapia
	Resultados de las pruebas de diagnóstico/laboratorio		Otro:
	Consulta con el proveedor:		

Además de al empleado de Monroe Public Schools mencionado, autorizo la divulgación de la información detallada anteriormente a las siguientes personas. Entiendo que dicha información es confidencial y no se puede extender su divulgación sin autorización.

Nombre/Posición	Nombre/Posición

Esta autorización es válida desde ____/____/____ a ____/____/____.

Nota: La divulgación de la historia clínica no puede prolongarse después de 90 días a partir de la fecha en que el alumno*/padre firma la autorización.

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo optar por suspenderlo por escrito en cualquier momento. Ni el tratamiento ni el pago al proveedor de servicios médicos depende de esta autorización firmada. En caso de suspender mi consentimiento, no tendrá validez sobre la información que ya ha sido proporcionada según previo consentimiento para su divulgación. Comprendo que cualquier divulgación de la información conlleva el potencial de que se realice una mayor divulgación o distribución por quien la recibe, y que es posible que no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Firma del alumno*_____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

*Si el alumno es menor de edad pero está autorizado a dar su consentimiento para atención médica sin la autorización de los padres, el alumno podrá firmar el presente formulario de autorización conforme a la legislación federal y estatal. No se podrá realizar ninguna divulgación sin la autorización específica.

Consentimiento del alumno:	Edad	Consentimiento del alumno:	Edad
Salud mental (paciente ambulatorio)	13 años	Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	14 años
Abuso de drogas o alcohol (paciente ambulatorio)	13 años	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	14 años
Tratamiento por dependencia de sustancias químicas (paciente internado)	18 años		

La información divulgada está protegida por la legislación estatal y federal. Queda prohibida su divulgación a una entidad o persona no mencionada en el presente formulario sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien concierne. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente. Ver capítulo 70.02 RCW.