



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 <i>(para completar por el personal)</i>
Teléfono: _____	Domicilio: _____	

USAR Y DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS O REGISTROS EDUCATIVOS ENTRE:

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