

HIPAA Autorización para usar y divulgar información

Tenga en cuenta que este es un documento legal y no será honrado a menos que se complete en su totalidad.

Nombre del estudiante:

SSN:

Fecha Nacimiento

Colegio:

Grado:

Yo Autorizar **InterCommunity, Inc.** y sus representantes ("**InterCommunity**") a **revelar** la información descrita a continuación para ser **utilizado con el propósito de** trabajar con el distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo (incluyendo, pero no limitado a, las enfermeras escolares) para gestionar y coordinar la atención médica de mi hijo y las necesidades educativas. Para los propósitos de esta Autorización, si el estudiante tiene dieciocho años o más, o de otra manera permitido por la ley para firmar este formulario para él o ella misma, todas las referencias en este documento a "mi hijo" serán tomadas para referirse al estudiante individual.

DIVULGACIÓN les permita: La divulgación puede hacerse al distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo (incluyendo, pero no limitado a, las enfermeras escolares).

Información que se divulgará: La información que se ha descrito incluye toda la información de salud protegida que intercomunitarias determine que sea necesario o apropiado para compartir con el propósito de gestionar y coordinar para el cuidado y educativas necesidades de mi hijo; siempre que entregar y de las copias de los registros médicos escritos de mi hijo o notas de psicoterapia, si existe, no está permitido y será necesario un formulario de autorización por separado para ser ejecutado. Dicho llanamente, intercomunitarias puede revelar información por vía verbal como se describió anteriormente, pero buscará el permiso adicional para entregar ningún documento escrito.

La siguiente información se incluye únicamente si verificado: (marque las casillas correspondientes)

- Abuso de drogas ilegales
- Información sobre salud mental
- Información relacionada con el VIH

FECHA, EVENTO O CONDICIÓN CUANDO ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ: Esta autorización se mantendrá vigente siempre y cuando mi hijo está inscrito en el distrito escolar de East Hartford y InterCommunity, Inc. está operando el Centro de Salud Escolar, a no ser revocado antes de lo dispuesto en la parte inferior de este formulario.

FECHAS DE TRATAMIENTO CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN: Esta autorización se aplica a todas las fechas de servicio y autoriza el intercambio permanente de información. Este intercambio expirará con la revocación de esta Autorización o según lo dispuesto anteriormente para la terminación.

Entiendo que el rechazo de dar permiso de ninguna manera afecta los derecho de mi hijo para obtener tratamiento presente y futuro, excepto cuando sea necesaria la divulgación de tales comunicaciones y registros para el tratamiento. Me understa nd que puedo revocar esta autorización en cualquier momento cuando firme la sección "Cancelación" de esta autorización, a menos que se han tomado medidas en virtud de esta autorización. Entiendo los beneficios razonables y edades mencionadas de de mi decisión relativa a la divulgación de la información especificada anteriormente.

Entiendo que la información usada o divulgada por esta A uthorization puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegido por las leyes estatales o federales de privacidad; a condición de que si yo estoy autorizando la divulgación de los relacionados con el VIH, la salud mental o abuso de sustancias información tratamiento, el recipient está prohibido vuelva a revelar dicha información sin mi consentimiento por escrito específico a menos que se permita lo contrario bajo la ley federal o estatal.

Representante Personal / Firma del Estudiante

Fecha

Descripción de la representación personal (*por ejemplo*, los padres)

La cancelación de la autorización:

Representante Personal / Estudiante Firma

Fecha