



**HIPAA: Formulario de consentimiento para el intercambio de información de salud y educación**

Paciente/Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a: \_\_\_\_\_ (coloque el nombre del proveedor de la salud y el título)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ COD. POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

a intercambiar información/expedientes de salud y educación para los propósitos listados en la parte inferior con:

\_\_\_\_\_ (Inserte los nombres y títulos del personal oficial escolar)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ COD. POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**Propósitos**

La información de salud a compartir consiste en: (marque los casilleros aplicables):

- Exámenes físicos (más recientes)
- Diagnóstico actual y tratamientos, incluyendo las órdenes de los tratamientos a realizar en la escuela
- Cartilla de vacunación
- Información recíproca referente a: diagnóstico, necesidades académicas o progreso
- Otros expedientes de salud (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

La información educativa a compartir consiste en: (marque los casilleros aplicables):

- Expedientes escolares acumulativos
- Expedientes confidenciales (sensible)
- Cartilla de calificaciones actualizada
- Educación especial
- Información recíproca relevante a las necesidades educativas
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

Esta información será usada solo para los siguientes propósitos:

1. Evaluaciones de salud y planeación para asegurar que se le brinden los cuidados de salud y tratamientos adecuados en la escuela
2. Evaluación de educación y planeación de programas
3. Otro: \_\_\_\_\_

**Autorización**

Esta autorización es válida para el año escolar, 20\_\_-20\_\_y/o expirará el \_\_\_\_\_ (coloque la fecha). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una declaración por escrito dando de baja mi consentimiento. Reconozco que los expedientes de salud, una vez recibidos por el distrito escolar se convertirán en parte de los expedientes educativos protegidos por la Ley de los Derechos Educativos Familiares y de Privacidad (FERPA). Además entiendo que cualquier información compartida conlleva el riesgo potencial de que dicha información se dé a conocer sin la debida autorización pudiendo la misma no estar protegida por las reglas de confidencialidad federales.

**PADRE/TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**ESTUDIANTE** (Si aplica\*) \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

\*Estudiante debe tener 18 años o más

**Copias:** Padre y/o estudiante\*

Doctor u otro proveedor de la salud dando a conocer la información de salud protegida

Personal escolar solicitando/recibiendo la información de salud protegida

Rev. Enero 2022

Notificación de Declaración de No discriminación

Las Escuelas Públicas de Olathe prohíben la discriminación en base a: raza, color de piel, país de origen, sexo, discapacidad, edad, religión, orientación sexual o identidad de género, tanto en sus programas, actividades o empleos, al tiempo que ofrece acceso igualitario en sus instalaciones a los Boy Scouts y a otros grupos juveniles, como es requerido por: Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Título VI y Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), la Ley de Educación para personas con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Acceso Igualitario de 1984 y otras leyes y enmiendas relevantes tanto estatales como federales. Las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables a los derechos civiles relacionados a la raza,

la etnicidad, el género, la discriminación basada en la edad, la orientación sexual, la identidad de género o, los accesos igualitarios deben ser dirigidas al Consejero del Personal, 14160 S. Black Bob, Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Todas las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables relacionados con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la ley de Educación para Individuos con Discapacidades y, la Ley para Americanos con Discapacidades deben ser dirigidas al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo, 14160 S. Black Bob RD. Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Las personas interesadas, incluyendo aquellas con impedimentos visuales o auditivos, también pueden obtener información acerca de las localidades, los servicios existentes, las actividades e instalaciones accesibles y útiles para el uso de personas discapacitadas, llamando al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo. (1/22)