



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Pamela J. Odom, Superintendent of Schools

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A LAS ESCUELAS

Firme este formulario para autorizarnos a obtener información de salud por parte del médico de su hijo.

Nombre del estudiante: _____ Fec. nac.: _____ Fecha: _____

En su carácter de padre, madre o tutor del niño mencionado, al completar este formulario autoriza a su médico, a divulgar a la escuela la información confidencial relativa a la salud de su hijo. El propósito de la divulgación de esta información es promover el intercambio correcto de información sobre la salud y permitir la coordinación de la atención médica y el tratamiento con la escuela del niño. Esta información es importante por diversos motivos. Por ejemplo, la escuela puede necesitarla para administrar medicamentos, controlar la enfermedad del niño y llevar un registro de su vacunación.

Nombre del medico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Esta autorización limita la divulgación de información a lo siguiente:

- ☐ Información relativa a la vacunación
- ☐ Informes de exámenes físicos
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Medicamentos y tratamientos

Este formulario de autorización no autoriza la divulgación de la información confidencial relativa a la salud que por ley cuenta con protección especial. Esto incluye información relacionada con el VIH, información sobre drogadicción, información psiquiátrica e información genética; la divulgación de esta información requiere la firma de un formulario específico diferente. La información se divulgará a la escuela del distrito escolar indicada a continuación hasta que nos comunique que el niño ya no es un estudiante inscrito en esa escuela. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al proveedor de atención médica del niño. Revocar esta autorización significa que ya no se divulgará a la escuela la información del niño. La atención médica que recibe el niño no se verá afectada si no nos autoriza a divulgar su información a la escuela. En otras palabras, no se le negará tratamiento a su hijo si no firma esta autorización. La información que divulgamos a la escuela puede ser nuevamente divulgada a terceros por este si no se encuentra obligada por ley a proteger la confidencialidad de dicha información. Por favor, guarde una copia para sus registros.

Nombre del niño (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Nombre del padre, la madre o el tutor

Parentesco

Firma del padre, la madre o el tutor

Escuela

Entregue este formulario al enfermero de la escuela