



Consentimiento/Autorización HIPAA
Enfermería
Servicio de Salud Escolar
(Health Clinic Services)

Escuela: _____ **Grado** _____ **Efectivo Julio 1, 2018—Junio 30, 2019**

Doy permiso a _____
Imprima el nombre del estudiante: Apellido Nombre Inicial 2^{do} nombre Fecha de nacimiento

para que reciba los servicios de salud ofrecidos en la clínica de la escuela de mi hijo. Comprendo que el personal de la Clínica no puede encargarse de todas las necesidades de salud que mi hijo pueda tener. Sin embargo, si mi hijo no cuenta con el cuidado regular de un médico o del personal de otra clínica, agradecería si la Clínica me ayudara a localizar este servicio.

I. Doy consentimiento para que mi hijo reciba los servicios de la Clínica: He leído la información sobre la Clínica y entiendo cuáles son los servicios que la Clínica puede ofrecer, los cuales incluyen, pero no están limitados a: primeros auxilios/atención de emergencia, referencia a otros proveedores de salud en la comunidad, servicios de nutrición, educación sobre la salud, evaluaciones de salud e información sobre las vacunas. Será mi responsabilidad de notificar al personal de la Clínica sobre cualquier cambio de tutor legal, arreglos de vivienda o de custodia y los números de contacto.

Firma del Padre o Tutor Legal (si el estudiante es menor de 18 años): _____ Fecha: _____
Firma del Estudiante (si tiene 18 años, mayor o emancipado): _____ Fecha: _____

NO SE PROPORCIONARÁN SERVICIOS DE SALUD SIN EL CONSENTIMIENTO EXIGIDO POR LA LEY ESTATAL.

II. Privacidad de Información: Hemos preparado un AVISO detallado DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD para ayudarle a entender mejor nuestras normas relativas a la información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) de su hijo(a). Usted tiene el derecho de recibir este aviso antes de firmar este consentimiento. Este aviso actual será publicado en la escuela de su hijo(a), en la página Internet de Community y habrán copias disponibles adicionales bajo solicitud del personal de la Clínica.

_____ **[Iniciales del Padre de Familia]** Afirmo que tengo acceso a una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD** de Community Health Network por medio de la página del Internet de Community. (Copias de papel disponibles bajo solicitud).

III. Divulgación de Información: Por medio de la presente autorizo a la Clínica a liberar la PHI del estudiante indicado en la parte superior. La PHI del estudiante que puede ser liberada por medio de esta Autorización incluyen los registros e informes de los servicios médicos proporcionados al estudiante en la Clínica, incluyendo pero no limitado a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las lesiones y enfermedades del estudiante. La PHI puede ser divulgada para propósitos de administración clínica a la administración escolar o maestros correspondientes para evaluar la elegibilidad del estudiante con respecto a su participación en actividades escolares, o resolver quejas. Además, doy mi consentimiento al personal de la clínica escolar a tener acceso total a los registros escolares de mi hijo(a), incluyendo su asistencia escolar, para proporcionar información que pudiera ser de ayuda al personal de la clínica para ayudar a mi hijo(a). Comprendo que la Clínica no pondrá restricciones en el estudiante basado en mi decisión de no firmar esta Autorización, pero que la participación del estudiante en ciertas actividades patrocinadas por la escuela podrían depender en la firma de esta Autorización.

Vencimiento de esta Autorización: Como se ha indicado arriba. Comprendo que puedo revocar esta Autorización por escrito a cualquier momento antes de la fecha de vencimiento, salvo si se han tomado medidas por parte del personal de la Clínica en virtud de esta Autorización. Comprendo que la PHI divulgada por la Clínica puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por cualquier persona que lo reciba dejándola así desprotegida de las leyes federales o estatales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Parentesco con el estudiante si no ha firmado un padre de familia o tutor legal: _____

Firma del estudiante (si tiene 18 años, mayor o legalmente emancipado): _____ **Fecha:** _____

Yo, _____, autorizo a _____ para que
Nombre de la Escuela

libere la siguiente información relacionado a mi hijo(a), _____, al
Nombre del hij(a)

*Indiana State Department of Health's Children and Hoosiers Immunization Registry Program
(CHIRP):*

EL NOMBRE DEL HIJO, INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS, SEXO, ETNICIDAD, NOMBRE DE LOS PADRES, DOMICILIO Y NÚMERO TELEFÓNICO.

Comprendo que la información del registro puede ser usada para verificar que mi hijo(a) ha recibido las vacunas correspondientes y averiguar sobre el estado de las vacunas, o para informarnos qué es tiempo de recibir una vacuna de acuerdo al calendario de vacunas recomendadas.

Comprendo además que la información de mi hijo puede ponerse a la disponibilidad del registro de datos de inmunizaciones de otro estado, de un proveedor de salud o a un designado por el proveedor, de un departamento de salud local, de una escuela elemental o secundaria, de un centro de salud de la niñez, de la oficina de *Medicaid policy and planning* o de un contratista de la oficina de Medicaid, de una agencia con licencia para la colocación de niños y una universidad. También entiendo que otras entidades puede ser agregadas a la lista por medio de la enmienda a I.C. 16-38-5-3.

Por medio de este documento autorizo la liberación de tal información.

Firma

Fecha

Nombre impreso del Padre o Tutor Legal

Domicilio

Número telefónico

Nombre del Hijo(a)

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado