



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre y apellido del Padre / Tutor:		Teléfono Residencial o Celular: ()	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar este formulario de Autorización para Divulgación de Información, yo autorizo lo siguiente:

- Autorizo a la escuela de mi hijo(a) a divulgar la siguiente información del estudiante a las personas / grupos listados a continuación: información de contacto familiar del niño(a) y de emergencia, registros de asistencia y disciplinarios, historial de vacunación, resultados de exámenes de salud como audición y visión, evaluaciones psicológicas, registros de educación especial, sección 504 del plan de adaptación y cualquier información relacionada con afecciones médicas, como asma, diabetes o convulsiones.
 - Los Proveedores de Atención Médica de mi hijo(a)
 - El Plan de seguro de salud de mi hijo(a)
 - Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y Departamento de Salud de Detroit (solo registros de vacunación)
 - Proveedores de servicios de salud escolar - véase más abajo
- Entiendo que compartir esta información permitirá que DPSCD trabaje con cada uno de estos individuos / grupos para coordinar la asistencia, proporcionar servicios de extensión si es necesario y mantener a mi hijo(a) sano(a) y seguro(a) en la escuela.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de cualquier registro divulgado. (Si desea recibir una copia, por favor proporcione un correo electrónico o una dirección postal a donde se deben enviar los registros.)
- Entiendo que estas personas pueden usar los registros proporcionados por DPSCD para contactarme y / o verificar información para fines relacionados con la salud del estudiante.
- Entiendo que mi autorización para permitir el intercambio de las informaciones anteriores es voluntaria y que caduca cuando mi hijo(a) deja el distrito escolar o se gradúe. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota o carta por escrito a la oficina de administración de la escuela.**

Los proveedores de servicios de salud escolares pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Centros de salud escolares (*School Based Health Centers - SBHC*): capacidad para diagnosticar y tratar muchas afecciones comunes, como dolor de garganta, dolores de cabeza e infecciones del oído, y también para controlar afecciones de salud crónicas. El SBHC también puede proporcionar servicios de salud conductual.
- Servicios dentales: pueden incluir educación sobre salud bucal, exámenes de detección, aplicación de barniz de flúor, cuidado preventivo y limpieza, cuidado restaurativo / correctivo.
- Servicios visión: pueden incluir pruebas de detección, examen, tratamiento y / o correcciones, como gafas.
- Servicios de inmunización
- Servicios de salud conductual

Para que su hijo(a) reciba estos servicios de estos proveedores, usted deberá completar un formulario de inscripción separado para cada uno de los proveedores.

Nombre del Padre / Tutor:	Relación con el niño(a):	Fecha: / /
---------------------------	--------------------------	---------------



LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD FAMILIAR (FERPA)

¿Qué es FERPA?

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes. En general, las escuelas deben contar con un permiso por escrito de los padres, o del alumno si es mayor de 18 años, para poder divulgar cualquier información del registro educativo del alumno.

¿Permiso para qué?

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (Detroit Public Schools Community District) está solicitando su consentimiento porque es posible que necesitemos compartir la información contenida en los registros de nuestros estudiantes con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico, un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a), o según lo exija la ley, incluso a Michigan y Detroit Departamentos de salud. Los proveedores de atención médica son el (los) médico (s) o enfermero (s) que cuidan de su hijo, como se indica en los registros del distrito. Un plan de salud es una organización que administra los beneficios de atención médica de su hijo(a), como Medicaid o una compañía de seguros de salud.

¿Por qué esto es importante?

Este formulario de autorización permite al distrito, cuando lo solicite o sea necesario por ley, y / o ayudar con la coordinación de la atención médica, incluidos los beneficios, al compartir información de salud del registro educativo del estudiante. Sin su consentimiento, el distrito está limitado en cómo puede colaborar con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico o un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a) para ayudar a usted o a su hijo(a).

Lo que este formulario no hace.

- Este formulario sólo autoriza al distrito a divulgar información con fines limitados, con su consentimiento. Cada Proveedor de atención médica, Plan de seguro de salud o un Proveedor de servicios de salud escolar puede tener su propia forma de obtener su permiso para compartir información con el distrito.
- Su firma no autoriza al distrito a obtener tratamiento médico para su hijo en su nombre.

Por favor ayúdenos a conectarlo a usted y a su hijo con los servicios de salud firmando y devolviendo la página anterior.