



# Escuelas de Luisiana para personas sordas y con discapacidades visuales

## Centro de salud para los estudiantes

2888 Brightside Lane • Baton Rouge, LA 70820

(225) 757-3247 • (225) 757-3430 FAX

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

(A COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR LEGAL)

#### PARTE 1: DATOS DE CONTACTO

Nombre legal del estudiante o niño	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social
Padre o Tutor legal _____		Teléfono _____
Dirección postal _____		

#### PARTE 2: SOLICITUD DE REGISTRO

Rellene la casilla A O la casilla B siguiente. Ambas casillas no pueden ser marcadas en el mismo formulario.

<p><b>A.</b> Especifique los historiales que deben divulgarse para la(s) fecha(s) de tratamiento enumeradas a continuación en la Parte 3:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> REGISTRO(S) COMPLETO(S)</td> <td><input type="checkbox"/> Urgencias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen del alta</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historia y Reconocimiento físico</td> <td><input type="checkbox"/> Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe quirúrgico</td> <td><input type="checkbox"/> Informe radiológico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consulta</td> <td><input type="checkbox"/> Otros _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de la evolución</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopulmonar</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Indicar electrocardiograma, prueba de esfuerzo, estudio del sueño)</b></p>	<input type="checkbox"/> REGISTRO(S) COMPLETO(S)	<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Historia y Reconocimiento físico	<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	<input type="checkbox"/> Informe radiológico	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Notas de la evolución		<input type="checkbox"/> Cardiopulmonar		<p><b>B.</b> Al poner mis iniciales abajo, autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">Anotaciones de psicoterapia y expedientes que indiquen la presencia de deficiencias psicológicas o psiquiátricas</p> <p style="text-align: center;">Iniciales del padre o tutor legal</p>
<input type="checkbox"/> REGISTRO(S) COMPLETO(S)	<input type="checkbox"/> Urgencias														
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Laboratorio														
<input type="checkbox"/> Historia y Reconocimiento físico	<input type="checkbox"/> Patología														
<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	<input type="checkbox"/> Informe radiológico														
<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Otros _____														
<input type="checkbox"/> Notas de la evolución															
<input type="checkbox"/> Cardiopulmonar															

#### PARTE 3: AUTORIZACIÓN

Esto no autoriza la divulgación de lo siguiente: asesoramiento y tratamiento por abuso del consumo de drogas y alcohol, y pruebas y tratamiento del VIH/SIDA y de enfermedades de transmisión sexual.

**Yo autorizo:** \_\_\_\_\_ Louisiana Schools for the Deaf and Visually Impaired \_\_\_\_\_ (Sistema escolar)

Nombre: \_\_\_\_\_

**PARA LIBERAR LA Información** **A**                      **O**                       **PARA OBTENER LA Información** **DE**  
*(Marque con una "X" la casilla que indica si la información se divulga O se solicita).*

Nombre: \_\_\_\_\_ (Hospital, médico, agencia de servicios, enfermera escolar u otro proveedor de salud)

Para la(s) fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

La información se divulgará con el propósito(s) de:

<input type="checkbox"/> Evaluar para determinar la admisibilidad o la continuidad de los servicios de educación especial	<input type="checkbox"/> Diseñar un programa educativo individual
<input type="checkbox"/> Prestación de tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/> Determinar la ubicación adecuada para las necesidades de tratamiento
<input type="checkbox"/> Proporcionar tratamiento de terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> _____

Comprendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si anulo esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi anulación por escrito al mismo departamento de registros médicos que recibe este formulario de autorización.

Comprendo que la anulación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que haya sido anulada, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o afección: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad, evento o afección, esta autorización vencerá en nueve (9) meses a partir de la fecha de autorización. La autorización es voluntaria. No se me exigirá que firme una autorización como condición para recibir servicios de tratamiento o pago, inscripción o admisibilidad de servicios de atención médica. La información utilizada o divulgada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y dejará de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

_____ Firma del estudiante o del representante legal (El padre o tutor legal debe firmar si el estudiante tiene menos de 18 años)	_____ Fecha	_____ (Relación con el estudiante)
---	----------------	---------------------------------------

_____ Firma del testigo	_____ Fecha
----------------------------	----------------