

Consentimiento del Padre/Tutor para Ceder Información

Nombre del Alumno: _____
(Apellido) (Primero) (Inicial)

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Favor de mandar la información solicitada a:

Atcn: _____

Título: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____ Fax: _____

Yo autorizo a la siguiente organización o individuo para que la información educacional/medica del individuo mencionado arriba sea cedida según descrito abajo y que esta información sea cedida de lo siguiente: (cheque según necesitado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> _____ Distrito Escolar | <input type="checkbox"/> Head Start |
| <input type="checkbox"/> California Children's Services (CCS) | <input type="checkbox"/> Valley Oak Hospital |
| <input type="checkbox"/> CCS Medical Therapy Unit | <input type="checkbox"/> Shriner's Hospital |
| <input type="checkbox"/> Valley Mtn. Regional Center/Regional Center | <input type="checkbox"/> Oakland Children's Hospital |
| <input type="checkbox"/> Stanislaus County Health Services Agency | <input type="checkbox"/> Fresno Diagnostic Clinic |
| <input type="checkbox"/> Stanislaus County Office of Education | <input type="checkbox"/> University Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Golden Valley Health Centers | <input type="checkbox"/> Lucille Packard Children's |
| <input type="checkbox"/> Doctor's Medical Center | <input type="checkbox"/> Gould Medical Group |
| <input type="checkbox"/> Emanuel Hospital | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Medical Group |
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Infant Referral Program/Early Start |
| <input type="checkbox"/> DMC Foundation | <input type="checkbox"/> Children's Hospital – Central CA |
| <input type="checkbox"/> Physician / Clinic / Other _____ | <input type="checkbox"/> Sutter Gould |
| <input type="checkbox"/> Physician / Clinic / Other _____ | <input type="checkbox"/> Leaps and Bounds |
| <input type="checkbox"/> Physician / Clinic/ Other _____ | <input type="checkbox"/> Sierra Vista |
| | <input type="checkbox"/> Child Family Services |

Descripción de la información que se va a ceder (cheque según necesitado):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archivos Medicos | <input type="checkbox"/> Archivos Educacionales | <input type="checkbox"/> Resultados Laboratorio/Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Inform. De Medicinas | <input type="checkbox"/> Inform. Salud Mental | <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas STD/HIV |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Información Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Archivos de Vacunas | <input type="checkbox"/> Inform. Drogas/Alcohol | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Consentimiento del Padre/Tutor para Ceder Información

Nombre del Alumno: _____
(Apellido) (Primero) (Inicial)

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Pido que la información cedida según esta autorización sea usada para las siguientes razones solamente:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento Educacional | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Planes Educativos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Planes de Cuidado de Salud | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Duración: Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto hasta _____ (fecha) por un año de la fecha en que se firma si no se pone una fecha.

Revocar: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, a cualquier tiempo mandando dicha notificación escrita a la entidad y individual identificado en la caja abajo en esta forma. Revocar por escrito será efectivo al recibir, pero no aplicara a la información que ya ha sido cedida en respuesta a esta autorización.

Receder: Yo entiendo que información de salud usada o cedida en acuerdo con esta autorización puede ser re cedida por la persona que la recibió y no sigue protegida por las leyes y reglas federales sobre la privacidad de información de salud protegida.

Información: Yo entiendo que autorizar el ceder de la información de salud es voluntario. Yo puedo de Salud reusarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar esta forma para asegurar tratamiento médico.

Padre/Tutor/Sustituto

Fecha

Escriba (Nombre del Padre/Tutor/Sustituto)

Documento Interpreta al padre de: (Nombre Personal)

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.