

**Plymouth Joint School District**  
125 Highland Avenue  
Plymouth, Wisconsin 53073  
  
Telephone 920-892-2661  
Fax 920-892-6366



**Dan Mella**  
Superintendent  
**Dena Budrecki**  
Asst. Supt. for Curriculum & Instruction  
**Anne Gamoke**  
Director of Student Services  
**Amy Williams**  
Manager of Business Services

## AUTORIZACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN CONFORME CON HIPAA

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a:** \_\_\_\_\_  
(nombre y dirección de proveedor de cuidado de salud u oficial escolar)

**que intercambie información /historiales de salud y educación con:**

\_\_\_\_\_  
(nombre y dirección de proveedor de cuidado de salud u oficial escolar)

### I. DESCRIPCIÓN:

**La información de salud específica para divulgarse consiste de lo a continuación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**La información educativa para divulgarse:**

\_\_\_\_\_ Reportes de progreso (favor de especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Reportes de conducta (favor de especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Archivos de salud (favor de especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Archivos del salud de paciente/Cuidado de salud (favor de especificar) \_\_\_\_\_

**Propósito: Se usará esta información para el/los propósito(s) a continuación:**

\_\_\_\_\_ Evaluación educativa y planeación de programa(s).

\_\_\_\_\_ Evaluación de salud y planeación de servicios de cuidado de salud y tratamiento en la escuela.

\_\_\_\_\_ Evaluación médica y tratamiento.

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

# AUTORIZACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN CONFORME CON HIPPA

Paciente/Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## II. AUTORIZACIÓN

### SUS DERECHOS CON RESPETO A LA AUTORIZACIÓN:

#### **Derecho de inspeccionar o Copiar la información de salud que se usa y se divulga-**

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar a información de salud que he autorizado que se use o divulgue por esta planilla de autorización. Puedo arreglar que inspecciona mi información de salud o consiga copias de mi información de salud por contactar al departamento de información de salud o la escuela.

**Derecho de recibir una copia de esta autorización-**Yo entiendo que si me acuerdo de firmar esta autorización, lo cual no me requiere hacer, debe ser proporcionado con una copia firmada de la planilla.

**Derecho de negar firmar esta planilla - -** Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligación de firmar esta planilla y la (s) persona(s) y/u organización(es) en la lista arriba a quienes autorizo usar o divulgar mi información no pueden condicionar pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad de beneficios de cuidado de salud en mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho de retirar esta autorización –** Yo entiendo que es necesario aviso escrito para cancelar esta autorización. Para conseguir información sobre cómo retirar mi autorización o para recibir una copia de mi retiro, puedo contactar al departamento de información de salud o a la escuela. Me doy cuenta que mi retiro no será eficaz relacionado con los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) y/u organización(es) en la lista arriba ya han hecho en referencia a esta autorización.

Esta autorización está en vigor por un año de calendario. Vencerá el \_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por entregar aviso escrito a la agencia /organización a que le autorizó divulgar la información. Reconozco que los archivos de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, no pueden ser protegidos por el decreto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPPA por las siglas inglesas de Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 y pueden hacerse historiales de educación protegidos por el decreto de Derechos educativos familiares y privacidad (FERPA por las siglas inglesas de Family Educational Rights and Privacy Act) con protección adicional provisto por la Ley de Wisconsin (Sección 118.125(2m)(a)(b) y 146. 81 a 146.84, Estatutos de Wis.). También entiendo que si niego firmar, tal negación no impedirá la habilidad de mi hijo/hija de conseguir cuidado de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de estudiante\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* \*Si un/una estudiante menos de edad está autorizado/a consentir a cuidado de salud sin consentimiento de los padres bajo ley federal o estatal, únicamente el/la estudiantes firmará esta planilla de autorización. En Wisconsin un menor de edad competente, dependiendo de edad, puede consentir a tratamiento para abuso de alcohol y drogas, análisis de VIH /SIDA y servicios de planeación de familia.

Copias: Padre (o estudiante), médico u otro proveedor de cuidado de salud quien divulga la información de salud protegida, escuela que solicita/recibe la información de salud protegida.