Tuscaloosa County School System

Health Services

P.O. Box 2568

Tuscaloosa, AL 35403-2568

PETICIÓN DE DOCUMENTOS

DE SALUD/MÉDICOS CONFIDENCIALES

Por favor envíe documentos de salud/médicos e información sobre:

Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor envíe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Solamente información de salud o documentos médicos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De Proveedor de Servicio Médico (liste nombre/instalaciones) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por fax/correo seguro a nombre de**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firmando esta petición, certifico que mi número de fax (205) 247-4166 se encuentra en un lugar seguro y confidencial no accesible a nadie excepto el personal de enfermería de TCSS Health Services.

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

Tuscaloosa County School System Nombre de la Escuela Teléfono oficina Fecha

Enfermero/a de TCSS Health Services

NOTA: esta petición debe ir acompañada de una autorización conforme con HIPPA firmada por los padres/guardianes/representantes legales del estudiante mencionado arriba

Número total de páginas enviadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros comentarios:

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

Tuscaloosa County School System

Health Services

P.O. Box 2568

Tuscaloosa, AL 35403-2568

Enfermero/a encargado/a: (205)342-2798 Fax: (205)247-4166

AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN E INTERCAMBIO DE

INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS DE SALUD/MÉDICOS CONFIDENCIALES

Los padres/guardián/representante legal abajo firmantes de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) un/a estudiante en el Tuscaloosa County School System (TCSS), autorizan por la presente el intercambio de información y documentos de salud/médicos entre el personal de enfermería de TCSS Health Services y:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

EL USO Y DIVULGACIÓN de esta información se limitará a la planificación e implementación de cualquier cuidado relacionado con la salud que se proporcione durante el horario y las actividades escolares.

Autorizo específicamente la divulgación/intercambio de los siguientes documentos sobre mi hijo/a, en caso de que tal información/documentos existan:

\_\_\_\_\_ Solamente información de salud y documentos médicos

\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

También autorizo al personal de enfermería de TCSS Health Services a compartir dichos documentos y/o información pertinente sobre el progreso escolar de mi hijo/a con el personal de la escuela. Firmando esta autorización, certifico al personal de enfermería de TCSS Health Services y al proveedor de servicio médico mencionado arriba que tengo derecho legal para realizar esta petición y que accedo a la divulgación de la información mencionada arriba. Entiendo y acepto que de no ser revocada previamente, esta autorización expirará en 180 días desde la fecha mostrada abajo.

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

Fecha Firma de Padres, Guardián o Representante Legal