

Sistema Escolar del Condado de Tuscaloosa
Servicio de Salud
P.O. Box 2568
Tuscaloosa, AL 35403-2568
Fax: (205) 247-4166

PEDIDO DE ARCHIVOS MEDICOS CONFIDENCIALES

Por favor, envíe archivos de salud/médicos e información sobre:

Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor envíe:

_____ Solamente historial de salud y archivos médicos

_____ Otro: _____

por fax/ correo a la atención de: _____.

Al firmar este pedido, yo certifico que el número de fax **(205) 247-4166** está ubicado en un área segura y confidencial y al que solamente puede acceder el personal de enfermería del Servicio de Salud del SECT.

Sistema Escolar Cond Tuscaloosa
Enfermera del Servicio de Salud

Teléfono oficina

Fecha

A VISO: Una autorización de acuerdo a HIPPA firmada por los padres/tutores o representantes legales del alumno nombrado debe acompañar este pedido.

Total Páginas enviadas: _____

Otros comentarios:

Sistema Escolar del Condado de Tuscaloosa
Servicio de Salud
P.O. Box 2568
Tuscaloosa, AL 35403-2568
Enfermera de Cabecera: (205)342-2876 Fax: (205)247-4166

AUTHORIZACION PARA OBTENER E INTERCAMBIAR INFORMACION Y
ARCHIVOS CONFIDENCIALES MEDICOS/DE SALUD

El siguiente padre/tutor/representante legal de: _____,
(Fecha de Nacimiento: _____) un alumno del Sistema Escolar del Condado de Tuscaloosa
(SECT), por la siguiente autorizo el intercambio de archivos de salud/médicos e información entre el
personal de enfermería del Servicio de Salud del SECT y: _____
_____, Dirección: _____
_____, Teléfono: _____.

EL USO Y DISEMINACION será para planear e implementar el cuidado médico que será dado durante el
horario escolar y actividades sancionadas por la escuela.

Yo autorizo, específicamente, la diseminación/intercambio de los siguientes archivos pertenecientes a
mi hijo/a dicha información existe:

_____ Información de Salud y archivos médicos solamente

_____ Otro: _____

También autorizo al personal de enfermería del SECT a compartir dichos archivos e información
pertinente al progreso escolar de mi hijo/a con el personal de la escuela o/y otro personal médico al
cual mi hijo sea enviado. Al firmar esta autorización certifico al personal de enfermería del Servicio de
Salud del SECT y el proveedor médico nombrado que tengo el derecho legal de hacer este pedido y que
autorizo la diseminación anteriormente mencionada. Yo entiendo y estoy de acuerdo que a no ser que
sea cancelada anteriormente, esta autorización se vence en 180 días de la fecha que se muestra debajo.

Fecha

Firma del Padre/Tutor/Representante Legal