

**SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

**San Mateo Union High School District**  
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

**650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401**  
Domicilio/ciudad y estado/código postal

**Sara Devaney, Student Health Coordinator**  
Persona de contacto en el distrito escolar

**650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)**  
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a:  Información completa sobre la salud del estudiante o  información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

**RESTRICCIONES:** Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

**SUS DERECHOS:** Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

**APROBACIÓN:** \_\_\_\_\_  
Nombre (escriba, por favor)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente/estudiante

\_\_\_\_\_  
Código de área y número de teléfono