

**Nombre de la Escuela:**

---

**I. Divulgación de Información:** Por medio de la presente autorizo a la enfermera escolar a liberar la PHI (información de salud protegida por sus siglas en inglés) de

\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) de la siguiente manera: La PHI del estudiante que puede ser liberada por medio de esta Autorización incluyen los registros e informes de servicios médicos proporcionados al estudiante en la clínica, incluyendo pero no limitado a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las lesiones y enfermedades del estudiante. La PHI puede ser divulgada para propósitos de administración de la clínica, al correspondiente personal escolar o administrativo para evaluar la elegibilidad del estudiante con respecto a su participación en actividades escolares, o resolver quejas. Además, doy mi consentimiento al personal de la clínica escolar a tener acceso a los registros escolares de mi hijo(a), incluyendo su asistencia escolar, para proporcionar información que pudiera ser de ayuda al personal de enfermería de la clínica para ayudar a mi hijo(a). Entiendo que la enfermera escolar no pondrá restricciones de servicio a mi estudiante si decido no firmar esta Autorización, pero también comprendo que mi estudiante quizás no pueda participar en ciertas actividades patrocinadas por la escuela sin esta autorización debidamente firmada.

**II. Privacidad de Información:** Hemos preparado un AVISO detallado DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD para ayudarle a entender mejor nuestras normas relativas a la información de salud protegida (PHI) de su hijo(a). Usted tiene el derecho de recibir este aviso antes de firmar este consentimiento. Este aviso será publicado en la escuela de su hijo(a), en la página Internet de Community y habrán copias disponibles adicionales bajo solicitud del personal de la clínica.

\_\_\_\_\_ (**Iniciales**) Afirmo que tengo acceso a una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD de Community Health Network** por medio de la página del Internet.

**Vencimiento de esta Autorización:** La autorización permanece vigente durante el tiempo que el estudiante está matriculado en la escuela indicada en la parte superior. Comprendo que puedo revocar esta Autorización por escrito a cualquier momento enviando una revocación escrita a un miembro del personal de la clínica salvo si se han tomado medidas por parte del personal de la clínica en virtud de esta Autorización. Comprendo que la PHI divulgada por la clínica puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por cualquier persona que lo reciba dejándola así desprotegida de las leyes federales o estatales.

**Firma del Padre, Tutor Legal**

o **Estudiante de 18 años de edad o mayor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_