

Estimados Padres/Tutores:

Las siguientes entidades solicitan su permiso para utilizar, intercambiar y/o revelar información educativa y/o información protegida de su hijo: *Beaverton School District, Washington County Health and Human Services, Northwest Regional Education Service District, Lifeworks NW, Western Psychological, Youth Contact, Inc., Morrison Center, Kaiser Permanente, Washington County Juvenile Department, Washington County Sherriff's Office, Beaverton Police Department, Child Welfare Division – State Department of Human Services, Emmanuel Hospital, Providence Health Systems.*

Otras entidades: \_\_\_\_\_.

Nombre del estudiante (letra de molde)	Grado	No. de identificación del estudiante
--	-------	--------------------------------------

Nombre del padre/tutor (letra de molde)

Al escribir mis *iniciales* en la parte de abajo, yo doy mi autorización a las entidades mencionadas arriba para lo siguiente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enviar/revelar información protegida de salud   | <input type="checkbox"/> Enviar/revelar información educativa |
| <input type="checkbox"/> Recibir/usar información de salud protegida   | <input type="checkbox"/> Recibir/usar información educativa   |
| <input type="checkbox"/> Usar/revelar información en cuanto al diagnóstico y tratamiento o recomendación de un tratamiento de drogas/alcohol |   |
| <input type="checkbox"/> Usar/revelar la información relacionada a la salud mental   |   |

Yo entiendo que:

- a. La información que se intercambiará será utilizada con el propósito de planificar, coordinar y proporcionar servicios para mi familia.
- b. Esta autorización es voluntaria, pero si decido no firmarla, no afectará el cuidado de salud de mi hijo o los servicios relacionados.
- c. Yo tengo el derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como a revisar o copiar cualquier información que se utilizará o revelará mediante esta autorización (si lo permiten las leyes estatales y federales. Véase CFR 164.524)
- d. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a \_\_\_\_\_. Sin embargo, esto no afectará ninguna acción tomada antes de que se haya recibido la revocación de la misma o las acciones que se tomaron basándose en la información que se compartió previamente.
- e. Las reglas federales de privacidad de información de salud protegida sólo se aplican a los planes de salud, centros de cuidado de salud o los proveedores de cuidado de la salud. Si yo autorizo la revelación de información médica a otras agencias o individuos, la información revelada puede que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federal.
- f. Las reglas federales de privacidad para la información de educación se aplican únicamente a las escuelas. Si yo autorizo el compartir información educativa a otras agencias o individuos, la información que se les dé puede que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federal.

Esta autorización expira el \_\_\_\_\_ (sin pasar más de un año, a partir de la fecha junto a la firma de abajo).

**Yo, doy mi consentimiento para el uso/revelación de la información de arriba. Estoy consciente que está prohibido el uso de esta información para cualquier otro motivo que no se haya mencionado anteriormente. Este consentimiento está sujeto a revocación, en cualquier momento, excepto a la acción que se haya tomado en base a la información revelada previamente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha