

Autorización Para Usar y/o Divulgar Información Educativa y de Salud protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o divulgar información educativa y/o de salud protegida sobre mi hijo.

(Nombre de la estudiante / niño)

Fecha de Nacimiento)

(Otros nombres utilizados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o programa)

Nombre y dirección del proveedor de atención médica autorizado para:

- Enviar/divulgar información de salud protegida
- Recibir/usar información educativa

Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado para:

- Enviar/divulgar información educativa
- Recibir/usar información de salud protegida

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para Educación Especial, EI/ECSE u otros servicios <input type="checkbox"/> Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño <input type="checkbox"/> Desarrollar un plan de salud individualizado | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desarrollar un Programa de Educación Individualizado apropiado o un Plan de Servicio Familiar Individualizado <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
|--|---|

3. Al marcar las casillas a continuación, autorizo el uso/divulgación de los siguientes registros médicos y/o educativos específicos:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico <input type="checkbox"/> Declaración de Evaluación de Salud <input type="checkbox"/> Historia y examen físico. <input type="checkbox"/> Historia clínica completa <input type="checkbox"/> Información prenatal | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Información educativa <input type="checkbox"/> Documento IFSP/IEP <input type="checkbox"/> Registros clínicos <input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas <input type="checkbox"/> Informes de trabajo social <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|---|

4. Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo el uso/divulgación de la siguiente información. Los registros específicos solicitados deben enumerarse a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

- ___ Se solicita información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación de drogas/alcohol _____
- ___ Se solicitan registros relacionados con el VIH/SIDA: _____
- ___ Se solicita información relacionada con la salud mental: _____
- ___ Información sobre pruebas genéticas solicitada: _____

5. Al poner mis iniciales en el espacio a continuación, acepto que:

La (agencia educativa) puede divulgar información educativa sobre mi hijo al Programa de Asistencia Médica de Oregón (OMAP) para determinar la elegibilidad y el reembolso de Medicaid por los servicios cubiertos por Medicaid que mi hijo pueda recibir en el entorno educativo.

6. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla sin afectar la atención médica de mi hijo.
- b. Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como a inspeccionar o copiar cualquier información que se utilizará y/o divulgará según esta autorización (si lo permiten las leyes estatales y federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
- c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito. Sin embargo, no afectará las acciones tomadas antes de recibir la revocación o las acciones tomadas en base a la información previamente compartida.
- d. Las reglas federales de privacidad para información de salud protegida se aplican sólo a planes de salud, cámaras de compensación de atención médica o proveedores de atención médica. Si autorizo la divulgación de información médica a otras agencias o individuos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- e. Las reglas federales de privacidad para la información educativa se aplican solo a escuelas y programas EI/ECSE. Si autorizo la divulgación de información educativa a otras agencias o individuos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

7. Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información anterior. Entiendo que está prohibido el uso de esta información por cualquier motivo distinto de los expresados anteriormente. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en información que ya haya sido divulgada.

8. _____
(Firma del padre, tutor legal, estudiante/niño) (Relación) (Fecha)

8. Esta autorización se vence _____(no debe exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).
(Mes/Día/Año)

AUTHORIZATION TO USE AND/OR DISCLOSE EDUCATIONAL AND PROTECTED HEALTH INFORMATION

Purpose of form:

- This form was created so that educational agencies could request information from health entities that require HIPAA-compliant release forms. (HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act)
- This form is used when there is a need to obtain consent from a parent, legal guardian or student/child to authorize the named agency to:
 - Send/disclose protected health information and/or educational information; and/or
 - Receive/use protected health information and/or educational information

Directions for completing form:

Box 1. Required.

- Enter the student/child's full legal name including middle name;
- Enter other names used by the child including nicknames;
- Enter child's date of birth;
- Enter the name and address of the health care provider who will send or receive requested protected health and/or educational information;
- Enter the name and address of the school district or EI/ECSE program sending or receiving the requested protected health and/or educational information; and
- Check all appropriate boxes that apply indicating which provider is authorized to send and which provider is authorized to receive protected health and/or educational information.

Box 2. Required.

- Mark all the boxes that apply regarding how the requested protected health and/or educational information will be used. For a record that is not represented in the list, check the "other" box and specify a different type of purpose.

Box 3. Required.

- Mark all the boxes that apply regarding which specific medical and/or educational records are being requested. For a record that is not represented in the list, check the "other" box and specify a different type of record.

Box 4. Required only if any of the four types of records indicated are requested. This box should be left blank if none of these four types of records are requested.

- The four types of records indicated require an additional level of protection. To request any record in Box #4, the specific type of record must be listed in the spaces provided and the parent, legal guardian or student/child must initial the space before each type of record requested. For example, for mental health information, a program might indicate "psychologist's assessment" and then the parent, guardian or student/child would initial the space at the beginning of the mental health information line.

Box 5. Required only if the form is being used to communicate with the Oregon Medical Assistance Program (OMAP) to determine a child's eligibility for Medicaid and to obtain consent to release educational information to OMAP for the purpose of obtaining Medicaid reimbursement for Medicaid-covered services provided to the child in the educational setting. If this is the case, then identify the school or EI/ECSE program seeking the information from OMAP, and ask the parent to initial the space in front of the statement.

Box 6. Required.

- This box contains information relating to the parent's, guardian's, or child's rights in giving authorization including the right to refuse to sign, the right to request a copy after signing, the right to inspect the information to be used and/or disclosed, and the right to revoke the authorization. Information is given that clarifies that when requested information is sent, the laws that protect that information may no longer apply since the receiving agency may not be bound by the same laws as the sending agency.
- In item c., identify who will receive the potential revocation. The statement clarifies that if an action has already been taken, for example, protected health information has already been sent, then the revocation for that specific information is not valid. However, the agency may voluntarily return the information received after the revocation has been signed and submitted.

Box 7. Required.

- Parent, legal guardian, or student/child must sign for the authorization to be valid. If parent or guardian, the relationship to the child must be indicated. The date of the signature must be entered.
- The authorization is only valid for the purposes checked or stated in the form.

Box 8. Required.

- The month, day, and year that this authorization will expire must be included in the space provided. The date must not go beyond one year past the date of the signature.

Additional directions

- Place a copy of this form into the student/child's file.
- HIPAA requires that the school district/EI/ECSE program give a copy of the authorization form to individuals who sign it and request a copy. However, it is recommended practice that the school district/program automatically give the parent, guardian, or student/child a copy of the form after they have signed it, whether or not they request it, so they will have a record of the authorization.