



AUTORIZACION PARA EL USO O EL ACCESO AL INFORMACION DE LA SALUD, A Y DESDE HOPE ONLINE LEARNING ACADEMY

La terminación de este documento autoriza el acceso y/o el uso de información individualmente identificable de salud, según como dispuesto abajo, constante con las leyes Federales (incluyendo HIPAA) con respecto a la privacidad de tal información. La falta de proveer toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

INFORMACCION DEL USO Y ACCESO:

Nombre del Estudiante/Paciente: _____ / _____
Apellido Primer Inicial Fecha de Nacimiento

Yo, abajo firmante, por la presente autorizo (nombre de la agencia y/o proveedor de cuidado de salud):

(1) _____ (2) _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

para proporcionar información medico del archivo del estúdiante mencionado anteriormente a y desde:

Hope Online Learning Academy
Distrito Escolar a que se da Acceso
Keana K. Hall, RN
Nombre del Contacto de Hope Online
367 Inverness Parkway, Suite 225, Englewood, CO 80112
Dirección/Cuidad/Estado/Código Postal
720-274-4658
Número de Teléfono

La revelación de información de salud es requerida para el siguiente propósito:

Para aumentar a asistencia de clase y reducir el ausentismo.

La información solicitada será limitada a lo siguiente:

- Toda información de salud necesaria; o
- La información de enfermedad-especifico describió como:

DURACION:

Esta autorización será efectivo inmediato y será en efectivo hasta _____ (fecha) o por un año desde la fecha que se firmo, si ni hay fecha indicada.

RESTRICCIONES:

El que pide esta información es prohibido por ley de revelar mi información de salud por lo menos que obtiene otra forma de autorización o por lo menos la revelación será específicamente requerido o permitido por la ley.

TUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe estar en la escritura, firmado por mí o por mi beneficio, y entregado a las agencias/personas de la asistencia médica mencionados anteriormente. Mi revocación será efectiva sobre el recibo, pero no será efectivo hasta el punto que el que pidió la información, ni otros han actuado en la dependencia a esta Autorización.

RE-DISCLOSURE:

Entiendo que el Distrito Escolar protegerá esta información como prescrito por los Acta de Derechos y Privacidad Educativos de Familias (FERPA) y que la información llega a ser la parte del registro educativo de estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en o con el Distrito Escolar para el propósito de proporcionar seguro, apropiar, y ajustes educativos menos restrictivos y educar servicios de sanidad y programas.

Tengo la derecha de recibir una copia de esta Autorización. Firmando esta Autorización puede ser requerida para que este estudiante pueda obtener servicios apropiados en la colocación educativa.

APPROVAL: _____
Nombre (Escrito) Firma

Relación al Estudiante/Paciente Teléfono Fecha