

**CORPORACION EDUCATIVA LAFAYETTE**  
**AUTORIZACION PARA LIBERACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA Y DE REGISTROS**  
**ACADEMICOS**

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1. Esta autorización para la liberación de información protegida es dada de acuerdo a la ley de Portabilidad de Seguro de Salud y Acta de Responsabilidad de 1996( "HIPAA"), las regulaciones asociadas que gobiernan la privacidad de la información de salud propia de un individuo. (45 C.F.R. § 164.500 *et seq.*, as amended) y de acuerdo a la ley applicable en Indiana.
2. Está Usted por lo tanto autorizado a revelar y liberar a los agentes designados de la Corporación Educativa Lafayette, 2300 Cason Street, Lafayette, IN 47904 lo siguiente:

Archivos relacionados a \_\_\_\_\_, como se indica más abajo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Archivos de salud e inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individual (I.E.P)      |
| <input type="checkbox"/> Nota(s) de visitas al doctor)      | <input type="checkbox"/> Plan individual de salud (I.H.P.)/Plan de |
| <input type="checkbox"/> Medicina(s) activa(s)              | <input type="checkbox"/> Evaluaciones sicoeducacionales            |
| <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas               | <input type="checkbox"/> Comportamiento en el salón de clases      |
| <input type="checkbox"/> Nota(s) de terapia                 | <input type="checkbox"/> Archivos de logros escolares              |
| <input type="checkbox"/> Resumen de conferencias            |  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                       |  |

Yo entiendo que la información de salud protegida en el archivo medico de \_\_\_\_\_ puede contener información relacionada con enfermedades comunicables peligrosas, incluyendo virus de la inmunodeficiencia humana(SIDA)). Puede además contener información sobre servicios de salud por comportamiento o problemas mentales y tratamiento por drogas y alcohol. **Firma del padre/guardian legal** \_\_\_\_\_

3. La divulgación de más arriba se hace para propósitos de tratamiento del estudiante.
4. Yo entiendo que la Corporación Educativa Lafayette podría no requerir que yo firme esta autorización como condición para proporcionar tratamiento de salud al estudiante. También entiendo que este consentimiento firmado es necesario para que se produzca la comunicación con los proveedores de atención médica de mi hijo.
5. **Esta autorización será válida a partir de \_\_\_\_\_ y expirará al final del año escolar o cuando sea revocada por el padre o guardian legal.**
6. Esta petición es para archivos escritos y para comunicación oral entre las persona(s) designadas en la sección 2 o su representante y el proveedor.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.
8. Notas:
  - a. El individuo mencionado más abajo tiene el derecho a revocar esta autorización notificando a la Corporación Educativa Lafayette por escrito. Después de que la revocación es entregada a nuestra corporación, ninguna información será liberada de acuerdo a esta autorización.
  - b. El proveedor de servicios de salud mencionado más arriba no podrá condicionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización por parte de la persona a cargo del estudiante.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o guardián legal**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente o guardian legal en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono(casa/cellular/trabajo)**