

**Autorización de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) para usar o divulgar la información protegida de la salud Programas y servicios escolares y educativos  
(HIPAA Authorization to Use/Disclose PHI School/Educational Programs and Services)**

<b>Nombre del paciente (alumno)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Núm. de expediente médico</b>
<b>Sección 1:</b> por la presente, autorizo a que <b>Children's Hospital Colorado (Children's Colorado)</b> divulgue la información que se describe a continuación a:		
Nombre de la escuela que <b>recibirá</b> la información: _____		
Dirección: _____		
Número de teléfono: _____		Número de fax: _____
<b>Para uso por parte de la escuela para fines educativos, incluyendo las evaluaciones y revisiones de los programas educativos individualizados (IEP) y planes de la sección 504.</b>		
<b>Sección 2: tipo de documentos y fechas en que se divulgarán** (marque todas las opciones que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Notas e informes de los <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Exámenes de la vista <input type="checkbox"/> Pruebas de audiología <input type="checkbox"/> proveedores <input type="checkbox"/> Resúmenes del alta <input type="checkbox"/> Planes de cuidado (indique los departamentos): _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____		
<b>Fecha de los servicios: entre el</b> _____ <b>y el</b> _____		
<p><b>Por favor, advierta que:</b> es posible que la información por divulgar incluya un <i>diagnóstico</i> o <i>haga referencia</i> a las siguientes afecciones: servicios para la salud conductual/atención psiquiátrica, anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); drogadicción y/o alcoholismo o enfermedades de transmisión sexual. Children's Colorado <b>no divulgará los registros específicos de los siguientes departamentos:</b> salud reproductiva, incluyendo embarazo y enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, información sobre el tratamiento por uso de drogas/alcohol o información sobre la salud conductual o atención psiquiátrica.</p>		
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si la divulgación de la información entre el proveedor y la escuela se realizará exclusivamente en forma <b>verbal</b> (no llene la información a continuación).		
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es necesario que el departamento de administración de la información de la salud y expedientes médicos (HIM, por su sigla en inglés) tramite los documentos para enviarlos a la escuela. Complete la siguiente información:		
<b>Método de divulgación:</b>	<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> CD (solo para los documentos que se conservan en formato electrónico)	
<b>Método de entrega:</b>	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> EpicCare Link (portal electrónico)	

**Comprendo** que esta autorización **vencerá** automáticamente al año de la fecha que se indica al calce o de la fecha cuando el paciente o alumno alcance la mayoría de edad de acuerdo con la ley estatal. Puedo solicitar que se venza antes del año. En cualquier momento puedo informar por escrito a Children's Hospital Colorado que deseo **revocar** esta autorización. Comprendo que esto solo corresponderá a la información que se pudiera divulgar en el futuro y no a la información ya divulgada. Es posible que la información divulgada ya no cuente más con el amparo de las disposiciones de la ley HIPAA y que se **vuelva a divulgar**. Una vez que la escuela reciba esta información, es posible que esté amparada bajo los términos de otra ley, incluyendo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por su sigla en inglés). Children's Hospital Colorado proporcionará tratamiento y recaudará el pago correspondiente por los servicios prestados, aun si yo no firmo esta autorización. No se cobrará ningún cargo por las copias de los expedientes médicos que se proporcionen directamente a la escuela.

Esta autorización no corresponde a la información vinculada con la relación de tratamiento que existe entre Children's Hospital Colorado y el profesional de atención sanitaria de la escuela. Comprendo que de todos modos se compartirá la información con el profesional de atención sanitaria de la escuela, aun si no firmo esta autorización.

**Firma del padre o representante legal autorizado**

**Fecha**

Children's Colorado HIM • 13123 E. 16<sup>th</sup> Ave. Box 150, Aurora, CO 80045 • Tel.: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251



**HIPAA Authorization to  
Use/Disclose PHI  
School/Educational Programs and  
Services - Spanish**

Rev. 5/2018  
Page 1 of 1

Place Patient Identification Label Here