Liberación de información

Escuelas autónomas de Springs
43438 Parque Empresarial Drive
Temecula, CA 92590
Teléfono: 951-252-8882

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Sitio Escolar: _____

Dirección del estudiante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico principal: _____

Individuo u organización que recibe información	**Individuo u organización que divulga información**
Alumno Departamento de Servicios Correo electrónico:Escuela.nurse@springscs.org Teléfono: 951-234-3776 Fax: 951-489-0494	_____ Nombre del médico u organización médica _____ Número de teléfono Número de fax

Duración: Esta autorización entrará en vigor y permanecerá vigente hasta _____ (fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no se ingresa ninguna fecha.

Revocación: Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la agencia liberadora. La revocación por escrito será efectiva al recibirla, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Redivulgación: Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales con respecto a la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa pública está protegida como registro estudiantil bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Información de salud: Entiendo que autorizar la divulgación de información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico.

Especifique los registros que se divulgarán: ▢ Médico ▢ Medicamentos ▢ Visión/audición ▢ Audiológico ▢ Salud mental

Solicito que la información divulgada conforme a esta autorización se utilice únicamente para los siguientes fines:
▢ Evaluación de salud ▢ Evaluación de salud mental ▢ Otro_____

Una copia de esta autorización es válida como original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

Entiendo y acepto que la información recibida por Springs Charter School puede escanearse y enviarse por correo electrónico al personal necesario.

_____ _____ _____
Firma del padre/tutor legal/sustituto relación con el estudiante Fecha

_____ _____
Firma del estudiante (si es mayor de 12 años y la solicitud es para registros de salud mental) Fecha

Fax de devolución: 951-489-0494 / Correo electrónico: school.nurse@springscs.org