



School City of Hammond  
Department of Health Services

41 Williams Street, Hammond, IN 46320 – Phone (219) 933-2400 – Fax (219) 989-3957

**Autorización para la divulgación de información médica**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Nombre del médico

Dirección del médico

Teléfono del médico

Fax del médico

El infra escrito (la persona que firma) autoriza a intercambiar, liberar, enviar, certificar y poner a disposición de la (s) persona (s) o institución (es) designada a continuación la información, registros, archivos o datos aquí descritos:

Información para proporcionar servicios domiciliarios \_\_\_\_\_

Actualizaciones médicas \_\_\_\_\_

Notas del departamento de emergencia \_\_\_\_\_

Evaluaciones previas \_\_\_\_\_

Informe operativo \_\_\_\_\_

Tratamiento proporcionado \_\_\_\_\_

Notas de progreso \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos \_\_\_\_\_

Persona (s) Institución (es) a quien (es) o a quien (s) se debe divulgar la información.

Escuela

Enfermera de la escuela

Leí y entiendo el consentimiento anterior y autorizo la comunicación entre mi proveedor de atención médica, el personal médico y la enfermera de la escuela. Esto puede ser por teléfono, correo, contacto de persona a persona o fax. Doy mi consentimiento y solicito que se acepte una fotocopia de esta autorización con la misma autoridad que la original.

También doy permiso para compartir cualquier información médica sobre la salud de mi hijo con los miembros del equipo educativo. Esta información se les dará a los miembros del equipo apropiado, de manera confidencial, según la necesidad de conocerla para satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo.

*Entiendo que esta publicación entra en vigencia para el año escolar \_\_\_\_\_, pero que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las escuelas públicas de la ciudad de Hammond. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada en virtud de esta autorización.*

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha