



**ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE
LAWRENCE, MA
AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN**

Nombre del Estudiante:	LASID #:	
Escuela:	Grado:	FECHA DE NACIMIENTO:

Doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Lawrence reciban e intercambien la siguiente información y expediente relacionado con la educación, la salud (incluyendo la salud mental) de mi hija/o con la siguiente agencia/profesional médico identificado abajo:

Agencia/Médico:	
Profesional:	
Dirección:	
Atención:	Teléfono:

La información para intercambiar consiste en:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial Escolar | <input type="checkbox"/> Información del Manejo de la Medicación |
| <input type="checkbox"/> P.E.I. Actual | <input type="checkbox"/> Examen Físico Más Reciente |
| <input type="checkbox"/> Resumen de la E | <input type="checkbox"/> Reporte de Visitas Clínicas y a Salas de Emergencia visitas de la(s) siguiente(s) fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas/Educativas | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Resumen | |
| <input type="checkbox"/> Resumen para dar de alta/trasladar al paciente | |
| <input type="checkbox"/> Historial Médico | |

Autorización

Esta autorización es válida durante un año calendario. Expirará en _____ (fecha). Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de la anulación de mi consentimiento. Entiendo que estos registros, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar. También entiendo que, si me niego a firmar, tal negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica.

Firma de padre/madre	Fecha
----------------------	-------

Firma del Estudiante	Fecha:
----------------------	--------

* Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de sus padres en virtud de la ley federal o estatal, sólo el estudiante debe firmar este formulario de autorización. Un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para recibir atención médica mental ambulatoria, tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas, pruebas de VIH/SIDA y servicios de atención médica reproductiva.

Revisado: marzo del 2024