



InterCommunity, Inc.
281 Main Street, East Hartford CT 06118-1883
Autorización de la HIPAA para utilizar y divulgar información

Tenga en cuenta que se trata de un documento legal y que no se aceptará si no se completa en su totalidad.

Nombre del/de la estudiante:

Número de seguro social:

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Grado:

Por la presente autorizo a **InterCommunity, Inc.** y a sus representantes ("**InterCommunity**") a **divulgar** la información descrita a continuación para ser **utilizada a los fines de** trabajar con el distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo/a (incluidos, entre otros, los enfermeros de la escuela) para gestionar y coordinar la atención médica y las necesidades educativas de mi hijo/a. A los fines de esta Autorización, si el/la estudiante tiene dieciocho años o más, o está autorizado/a por la ley a firmar este formulario por sí mismo/a, todas las referencias en este documento a "mi hijo/a" se entenderán referidas al/a la estudiante individual.

DIVULGACIÓN PERMITIDA A: La información podrá divulgarse al distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo/a (incluidos, entre otros, los enfermeros de la escuela).

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: La información que se divulgará incluye copias de los registros de los exámenes físicos y las vacunas realizadas por InterCommunity y toda la información médica protegida que InterCommunity determine que es necesario o apropiado compartir con el fin de gestionar y coordinar la atención y las necesidades educativas de mi hijo/a.

La siguiente información se **incluirá solo si está marcada:**

- Información sobre abuso de sustancias
- Información sobre salud mental
- Información relacionada con el VIH

FECHA, EVENTO O CONDICIÓN EN LA QUE ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ: Esta Autorización permanecerá vigente siempre que mi hijo/a esté inscrito/a en el distrito escolar de East Hartford y que InterCommunity, Inc. esté administrando el centro de salud escolar, a menos que se revoque antes.

FECHAS DE TRATAMIENTO CUBIERTAS POR ESTA AUTORIZACIÓN: Esta autorización cubre todas las fechas de servicio y autoriza el intercambio continuo de información. Este intercambio expirará en el momento de la revocación de esta Autorización o según lo dispuesto anteriormente para la finalización.

Entiendo que la negativa a otorgar permiso no afectará en modo alguno el derecho de mi hijo/a a obtener tratamiento presente y futuro, excepto cuando la divulgación de dichas comunicaciones y registros sea necesaria para el tratamiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas en función de esta autorización. Entiendo los beneficios y las desventajas razonables de mi decisión respecto a la divulgación de la información especificada anteriormente.

Entiendo que la información utilizada o divulgada por esta Autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales; no obstante ello, si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, la salud mental o el tratamiento por abuso de sustancias, el receptor tiene prohibido seguir divulgando dicha información sin mi consentimiento específico por escrito, a menos que la ley federal o estatal lo permita.

Firma del/de la estudiante/representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal (p. ej., padre/madre)

Modificado: 8/1/22