

**SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN EL DISTRITO ESCOLAR DE JORDAN
 PEDIDO DE SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCION MÉDICA
 Y PERMISO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre del Estudiante _____

Nombres de los padres o apoderado legal _____

Dirección _____

Cuidad, Estado, Código postal _____

Teléfono (casa celular) _____

Correo electrónico _____

Escuela _____

Maestro (a) _____ Grado _____

Pedido de un Nuevo Plan de Salud

Actualizar/Re-evaluación del plan de salud presente PI

Por favor describa la condición del estudiante y el servicio y/o el tratamiento que están solicitando sea administrado por el personal escolar. Servicios solicitados tienen que ser medicamente necesarios durante el horario escolar.

Información específica se publicará

___ Dos vías de comunicación ___ Notas de progreso ___ Resumen de alta ___ Otro _____

Yo autorizo la divulgación de la información médica del estudiante nombrado arriba (Como se Menciona a continuación)

Del (Médico) _____

Para: Los Servicios de Enfermería En El Distrito Escolar de Jordan

Teléfono: _____

Atención (Enfermera del Distrito): _____

- Por el presente, indico que soy el padre o apoderado legal del estudiante arriba mencionado y que yo estoy solicitando que el personal del Distrito Escolar de Jordan administre los servicios de atención de salud descritos arriba.
- Yo entiendo que alguien que no sea un profesional de enfermería, de acuerdo con la Ley de Practica de Enfermera de Utah, pueden administrar los servicios de salud.
- Además entiendo que la atención sanitaria no estará a cargo del personal del Distrito Escolar de Jordan antes de la presentación de la declaración de un proveedor de atención primaria de salud, si se solicita, así como el desarrollo de un Plan de Cuidado de la Salud por una enfermera del Distrito Escolar de Jordan. Se me puede exigir que proporcione información adicional o formularios.
- Yo entiendo que el médico no es responsable de cualquiera otras divulgaciones de la información difundida por la escuela/distrito. También entiendo que records médicos pueden llegar a ser parte de los registros educativos del estudiante y pueden ser enviados a otra escuela en la cual el estudiante busca intenta inscribirse. La escuela y el distrito va a proteger esta información de acuerdo con los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA).
- La firma de esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará a la escuela o el distrito el compromiso de proporcionar una educación de calidad para el estudiante. Sin embargo, los registros solicitados pueden ser necesaria para que la escuela pueda implementar un plan adecuado de la educación, el aprendizaje acomodaciones / modificaciones, y atención médica o de salud.
- Yo entiendo que si yo autorizo la divulgación de la información anterior a cualquiera persona o entidad que no esta legalmente obligado a mantener confidencialidad, la información puede no estar protegida por la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1966, o en cualquier otro estado federal de ley.
- Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario después de firmar y puedo inspeccionar la información que se da a conocer. Con mi firma abajo, yo autorizo la divulgación y uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y entendimiento anteriores.
- Esta autorización permanecerá en vigor durante doce (12) meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a la escuela y medico del estudiante en nombre de mi hijo menor de edad mediante una notificación por escrito al proveedor de atención médica. La revocación no afectara a la divulgación de registros médicos realizados antes de la revocación.
- Con mi firma abajo, yo autorizo la divulgación y uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y entendimientos anteriores.

Firma del Padre o Apoderado Legal **Fecha**

Testigos (si requiere) **Fecha**

Testigos (si requiere) **Fecha**

Copia a los padres _____ iniciales