

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

Nombre del Estudiante

Nombres de los Padres o Apoderado Legal

Dirección

Ciudad, 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 los servicios de atención médica no serán proporcionados por personal del Distrito Escolar de Jordan antes de la presentación de una declaración del proveedor de atención médica primaria, si así lo solicita, y el desarrollo de un Plan de atención médica por parte de una enfermera de la escuela de Jordan en conjunción con la comunicación con el proveedor de atención médica con licencia, según sea necesario. Es posible que deba proporcionar información o formularios adicionales.
- Yo entiendo que el proveedor de servicios de salud no es responsable de ninguna divulgación posterior de la información divulgada por la escuela / distrito. También entiendo que los registros médicos publicados pueden convertirse en parte de los registros educativos del estudiante y pueden ser enviados a otra escuela en la que los estudiantes buscan o intentan inscribirse. La Escuela y el Distrito protegerán esta información en conformidad con los Derechos Educativos de la Ley de Privacidad Familiar (FERPA).
- Firmar este permiso es voluntario. Negarse a firmarlo no afectará el compromiso de la escuela o el distrito de proporcionar una educación de calidad para el estudiante Sin embargo, los registros solicitados y el permiso para comunicarse con el proveedor de servicios de salud con licencia del estudiante pueden ser reequilibrados para que la escuela pueda implementar un plan de educación, alojamiento de aprendizaje y modificaciones educativas apropiados. Además, se requerirá permiso para comunicarse con el proveedor de salud con licencia del estudiante a fin de permitir que las enfermeras escolares brinden servicios de atención médica.
- Entiendo que si autorizo la divulgación de la información anterior a cualquier persona o entidad que no esté legalmente obligada a mantenerla confidencial, la información ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, o cualquier otro estado ley federal
- 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