



**Departamento de Servicios Estudiantiles**  
**Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital**  
9361 S State St Sandy, UT 84070  
Teléfono: 801-826-5506 Fax: 801-826-5507

**HIPAA Formulario de Autorización de Divulgación**

Autorización para Uso o Divulgación de Información Protegida de Salud

(Requerida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Autorizo a (proveedor de cuidados médicos) a usar y divulgar la información de salud protegida descrita abajo al programa de Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital del Distrito Escolar Canyons.

2. Esta autorización para divulgación de información cubre el período de Cuidados médicos desde (liste las fechas): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

3. Amplitud de la Autorización

a.  Autorizo la divulgación de todos los registros de salud (incluyendo registros relacionados con salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas).

o

b.  Autorizo la divulgación de todos los registros de salud con excepción de lo siguiente:

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)

Tratamiento de alcohol y drogas

Otro (sírvase especificar): \_\_\_\_\_

4. Esta información médica puede ser usada por la persona que yo autorizo a recibir esta información para servicios alternativos de educación u otros propósitos indicados por mí.

5. Esta autorización debe estar en efecto hasta (fecha o evento), en cuyo momento está autorización expirará.

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito en cualquier momento.

Entiendo que una revocación no es efectiva en la extensión que cualquier persona o entidad haya actuado dependiendo de mi autorización.

7. Entiendo que la información usada o divulgada relacionada con esta autorización podría ser divulgada por el receptor y ya no estar protegida por leyes federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor legal del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_