



100 Main Street Street - P.O. Box 360, Menasha, WI 54952-0360

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR / INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Form fields for student information: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre, Nombre del padre o madre, Fecha de nacimiento, Número telefónico, Apellido de soltera de la madre, Dirección, Ciudad, Estado, Código de área

PROPORCIONA INFORMACIÓN:

Form fields for provider information: Nombre (empresa / médico / proveedor de servicios, etc.), Número telefónico, Dirección, Ciudad, Estado, Código de área, Dirección de correo electrónico

RECIBE INFORMACIÓN:

Form fields for recipient information: Nombre (empresa / médico / proveedor de servicios, etc.), Número telefónico, Dirección, Ciudad, Estado, Código de área, Dirección de correo electrónico

Form fields for disclosure details: Tipo específico de información a divulgar, En forma de (Fotocopias, Comunicación verbal, Exámenes, Otro), Propósito o necesidad de comunicación/ intercambio (Programación Educativo, Habla y lenguaje, Terapia ocupacional / física, Psicológica, Salud escolar / visión / audiolología, Otro)

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que: [] La solicitud anterior sea procesada o [] Un año a partir de la fecha de la firma del padre / tutor a menos que se especifique lo contrario:

Derechos del estudiante / padre (Por favor lea antes de firmar): Usted puede pedir varios comunicados de información identificados en este formulario de autorización. Usted puede recibir una copia de esta autorización. El Distrito escolar de Menasha no condiciona el tratamiento o la elegibilidad para los beneficios con base en la firma de esta autorización.

Atención oficial de privacidad: Si la persona u organización que solicita esta información no está sujeta a los estándares federales de privacidad, la información divulgada de conformidad con esta autorización ya no estará protegida por los estándares federales de privacidad.

Por medio del presente documento yo eximo al Distrito escolar de Menasha de toda responsabilidad legal que pueda surgir de esta divulgación.

Signature lines for: Firma del estudiante, Persona autorizada, Testigo, Fecha, Relación

Distrito escolar de Menasha
Comunicado de prácticas de privacidad

Este comunicado describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Aunque su expediente médico es propiedad del centro de salud, la escuela o el distrito que lo ha generado, esta información le pertenece a usted.
- Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos relacionados con la divulgación de su información de atención médica, incluidas las publicaciones a un miembro de la familia u otra persona involucrada con su cuidado o con el pago de su cuidado. Nosotros no tenemos que otorgar la restricción.
- Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de la notificación de prácticas de privacidad a petición.
- Usted tiene el derecho de revisar sus registros, sin costo o compra de fotocopias. Usted debe establecer un horario anticipadamente con la institución.
- A partir del 4/14/2004, usted tiene derecho a saber quién ha recibido información médica suya, salvo las excepciones establecidas por la ley.
- Usted tiene el derecho de solicitar información acerca de su salud por otros medios o en otros lugares con el fin de proteger su privacidad.
- Usted tiene derecho de solicitar una enmienda a su información médica protegida. Nosotros le notificaremos nuestra aceptación o rechazo de su solicitud.
- Es posible que se le pida que pase su solicitud por escrito y que explique por qué se debe cambiar nuestra información de su salud.

NUESTROS DEBERES:

- Se requiere que el distrito escolar mantenga la privacidad relacionada con su información de salud.
- Proporcionarle a usted una notificación de prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos acerca de usted o de su hijo(a).
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Adoptar solicitudes razonables para cuando usted posiblemente tenga que comunicar información de salud por medios alternos o en diferentes ubicaciones.
- Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida creada o recibida antes de la fecha de vigencia de la revisión de este aviso. Si nuestras prácticas de información cambian dentro de la fecha de vencimiento (máximo de un año) de su autorización firmada para divulgar información, le enviaremos un aviso a su última dirección conocida.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización adecuada, con excepción de las leyes estatales y federales aplicables.
- El aviso de prácticas de privacidad del Distrito escolar de Menasha se puede encontrar en nuestro sitio web en <http://www.mjsd.k12.wi.us>

EJEMPLOS DE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA POR EL DISTRITO ESCOLAR O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- Utilizaremos su información de salud para brindarle a usted tratamiento o servicios. Por ejemplo: los miembros del equipo de su tratamiento pueden discutir su información médica / de salud para desarrollar y llevar a cabo un plan para sus servicios.
- Utilizaremos su información de salud para pagos y operaciones. Por ejemplo: se le puede enviar una factura a usted o a un tercero o podemos recibir una reclamación de su proveedor de servicios. Esto puede incluir información que lo identifique, así como los procedimientos y suministros utilizados.
- Utilizaremos su información de salud para operación de servicios regulares. Por ejemplo: el personal de administración de casos, el gerente de mejora de riesgos o calidad o el equipo de mejora de calidad pueden usar la información en su registro de servicio para evaluar la atención y los resultados en su caso. Esta información podría usarse para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios que brindamos.
- Asociaciones:** Hay algunos servicios provistos en nuestra organización a través de contactos con asociados o proveedores de servicios. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros asociados para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el asociado proteja adecuadamente su información.
- Comunicación con terceros:** La información de salud sólo será compartida con terceros si tenemos su autorización por escrito o calificada bajo excepciones legales.
- Mercadeo:** Podríamos contactar con información acerca de recursos comunitarios u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Salud pública:** Según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud públicas encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Actividades de supervisión de salud:** Podríamos divulgar su información de salud a las autoridades con fines de auditoría, investigación, inspección, licencia, disciplinarios u otros relacionados con la supervisión del sistema de atención médica o los programas de beneficio del gobierno.
- Los usos de divulgaciones que no sean los descritos anteriormente se realizarán solo con su autorización por escrito. Usted tiene derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado decisiones.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA:

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Distrito escolar de Menasha en la oficina del Director de servicios comerciales, en el edificio administrativo, ubicado en la 100 Main Street, P.O. Box 360, Menasha, WI 54952-0360. Teléfono: (920) -967-1400. No habrá represalias por presentar una queja.

Cualquier persona que crea que una entidad cubierta no cumple con los requisitos de HIPAA puede presentar una queja ante el Secretario de salud y servicios humanos dentro de los 180 días posteriores a la ocurrencia. Las quejas pueden presentarse en: El Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU., 200 Independence Avenue, SW Washington D.C.20201. Teléfono: (202) -619-0257. Llamada gratuita al número: 1-877-696-6775. No se le puede pedir a los usuarios que renuncien a sus derechos de presentar una queja para poder recibir tratamiento o servicios, y la presentación de una queja no interferirá con su atención médica. Número telefónico de la oficina de derechos civiles: 1-866-627-7748.