

**ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

<hr/> Alumno	<hr/> Fecha de nacimiento	<hr/> Número de identificación del alumno
<hr/> Dirección	<hr/> Grado	<hr/> Escuela
		<hr/> Número de historial médico (si lo hay)

Las siguientes personas o entidades pueden entregar la información médica:

---

---

---

Las siguientes personas o entidades pueden recibir la información médica:

---

---

---

Información médica. La información médica que puede ser entregada es cualquier tipo de información sobre el diagnóstico o los servicios para el alumno antes mencionado de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (fechas).  
También puede entregarse la siguiente información:

---

---

---

De conformidad con las Normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996, entiendo que:

1. No estoy obligado a firmar esta autorización y puedo negarme a hacerlo.
2. En general, por el mero hecho de que me niegue a firmar esta autorización, el proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente no puede rehusarse a ofrecer tratamiento médico al alumno.
3. La información médica entregada puede ser revelada a terceros. La información no puede ser revelada a terceros si la persona o entidad que reciba dicha información también está obligada a seguir las normas de privacidad.
4. La ley permite a APS utilizar y revelar información protegida de la salud (Private Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) sin obtener el permiso del paciente o de sus padres para planes de tratamiento, pago por servicios u operaciones administrativas de la salud, tales como concertar citas.
5. Puedo ver o copiar la información médica solicitada mediante esta autorización.
6. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Deberé hacerlo por escrito y entregar el documento al proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente. Si retiro esta autorización, la información revelada antes de que retire dicha autorización no se verá afectada.

Esta autorización vence en un plazo de un año salvo si yo la retiro antes.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en mayúsculas del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno)

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante del paciente / alumno, parentesco con el paciente / alumno

**NO ESCRIBIR BAJO ESTA LÍNEA - Para uso de APS únicamente**

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_ Persona que la envía \_\_\_\_\_

Expedientes recibidos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_