Wasatch COUNTY SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____
Último primero inicial del 2º nombre (Otro)

Fecha de nacimiento:___/___/____ Número de teléfono:_____

☐ Yo autorizo_____
Nombre _____
Dirección_____
Ciudad _____Estado_____ Código postal_____

Información para ser lanzada:

- ☐ Todos los registros médicos
- ☐ Historia y Examen Físico
- ☐ Psicológicas / Pruebas psiquiátricas
- ☐ Otra (especificar):_____
- ☐ Registros de inmunización

Propósito de la divulgación:

1. Entiendo que esta autorización vence 6 meses después de la firma.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a la organización por escrito y que será vigente en la fecha en que se recibe la notificación por escrito (excepto en la medida de la acción tomada antes de recibir la notificación por escrito).
3. Entiendo que la información utilizada o divulgada relacionada con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
4. Al autorizar este lanzamiento de información, entiendo que mi atención médica y el pago de la atención médica no serán afectado.
5. Entiendo que puedo tener una copia de la información descrita en este formulario y una copia de este formulario después de firmarlo.

☐ El padre / tutor legal ha recibido una copia de este formulario.

_____ _____
Firma del padre / tutor legal Fecha Testigo Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Fecha de finalización y envío _____
Persona del distrito escolar que lo envía _____
Fecha que registros fueron recibidos _____