

Inscripción en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health

Formulario de autorización para el uso y revelación de información de atención médica

Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente, con respecto a la inscripción de mi hijo en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health (“el Centro Médico Escolar de GPH”) y la revelación del expediente de salud de mi hijo y la información relacionada:

- He recibido y leído el Aviso de prácticas sobre información médica del Centro Médico Escolar de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo puede usarse y revelarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley HIPAA.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo, incluyendo, entre otros, los expedientes físicos, de conducta y de orientación si los hay, y toda información relacionada, con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al enfermero y a trabajadores sociales) información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario y apropiado con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a compartir la información en los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del Centro Médico Escolar de GPH) con otros médicos y proveedores tratantes, incluyendo proveedores de atención primaria, dentistas, y profesionales de salud mental, para facilitar la prestación de atención médica a mi hijo.
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al Centro Médico Escolar de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del Centro Médico Escolar de GPH a mi hijo. Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la revelación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de Terceros proveedores.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a revelar información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario para facturar a las compañías de seguro u otros pagadores.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que: i) esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se disponga aquí una duración más corta; y que (ii) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita sobre el retiro de la autorización, excepto en la medida en que el Centro Médico Escolar de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

✍ **Firma del padre/madre/tutor:** _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Parentesco: _____