



# The SEED School of Miami

## Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip Code

**INFORMACION SERA RECIBIDA POR:**

The SEED School of Miami  
15800 NW 42<sup>nd</sup> Avenue – Building 1  
Miami, Fl 33054

**INFORMACION SERA ENTREGADA POR (Medico/Terapista):**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**INFORMACION QUE PUEDE SER DIVULGADA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de dada de alta              | <input type="checkbox"/> Plan inicial de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Clínicas                | <input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio      |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                    | <input type="checkbox"/> Historial y Físico          |
| <input type="checkbox"/> Plan de Recuperación Individualizado | <input type="checkbox"/> Record Entero Record        |
| <input type="checkbox"/> Ordenes Medicas                      | <input type="checkbox"/> Medicinas                   |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____            |  |

**INFORMACION SERA USADA PARA EL SIGUIENTE PROPOSITO:**

Para evaluar las necesidades físicas y mentales del estudiante mientras es miembro del programa educativo en el internado escolar de 24 horas.

**EXPIRACION:**

Esta autorización expira en el primero de los siguientes días:

- En \_\_\_\_\_ (No puede ser mas de 60 días de la fecha en que este formato fue firmado)  
(Fecha)
- Cuando el estudiante ya no esta enrolado en la escuela The SEED School of Miami



### REVELACION DE INFORMACION NO AUTORIZADA:

El revelar información medica no autorizada viola las provisiones del Health Insurance Portability and Accountability Act of 2009 (HIPAA.) Revelaciones solo pueden ser dadas de acuerdo a una autorización valida del cliente, o como es permitido por el HIPPA Act. El HIPPA Act provee danos civiles y penalidades criminales por violaciones de este.

Yo entiendo que esta información no puede ser compartida legalmente por la persona u organización que la está recibiendo sin mi autorización.

### OTROS DERECHOS:

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar mis records de salud protegida. Yo también entiendo que no se me pueden negar la matricula o servicios si yo decido no firmar esta autorización.

### FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN/REPRESENTANTE PERSONAL:

Yo \_\_\_\_\_, entiendo que al firmar este formato, estoy autorizando el uso y/o , revelación de la información protegida del estudiante aquí identificado.

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

### AUTORIDAD POR PARTE DEL ESTUDIANTE (marque uno):

Estudiante\_\_\_ Padre\_\_\_ Guardián Legal\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

### FIRMA DEL ESTUDIANTE (Si aplica):

Si el estudiante tiene por lo menos 14 pero menos de 18 años de edad, esta autorización no es válida a no ser que esté presente la firma del estudiante adicionalmente a su padre, guardián legal u otro representante personal. Un menor de cualquier edad puede firmar esta autorización por sí mismos, si (1) él o ella es un menor emancipado, o (2) él o ella está recibiendo tratamiento o servicios sin el consentimiento de su padre o guardián legal.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**



**DERECHO A REVOCAR:** Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando notificación por escrito a la organización a quien se le fue otorgado el permiso de recibirla. Yo entiendo que mi revocación de esta autorización no afectara alguna decisión que fue echa antes de recibir mi notificación por escrito. Yo entiendo que mi derecho de revocar esta autorización puede ser limitado si el propósito de esta autorización es para aplicar por seguro médica o de vida.

Yo revoco esta autorización efectivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián legal/representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación al estudiante