

Family Medicine Health Center– Meridian Schools Clinic

Formulario de Consentimiento

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre/Guardian _____

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION ENTRE MERIDIAN SCHOOL CLINIC LA ESCUELA DEL MENOR

Autorizo a Meridian School Clinic (MSC) a revelar cierta información de salud protegida sobre el menor a la escuela identificada abajo ("Escuela") bajo las siguientes circunstancias: i) la Escuela está autorizada para administrar medicamentos cuando la Escuela está en sesión; o ii) la Escuela necesita información de salud sobre el Menor para apoyar mejor al Menor en el clase. La información que se divulga puede incluir información de prescripción, informes de tratamiento, pruebas de laboratorio, informes de rayos X, contabilidad de visitas y otra información directamente relacionada con los dos propósitos indicados.

Consiento en que se entreguen los registros de educación de mi hijo de las escuelas del Distrito de West Ada a los proveedores de MSC en el School-Based Health Center (SBHC) si es necesario para el tratamiento. Entiendo que el propósito de compartir estos registros con Meridian School Clinic-School-Based Health Center es mantener informados a los proveedores de SBHC sobre su programa académico y progreso en un esfuerzo por mejorar el éxito de mi hijo en la escuela. Esto incluye: Nombre del niño, escuela, asistencia, horario de clase, expedientes disciplinarios y registros de salud de la escuela.

Esta autorización caduca automáticamente una vez que el Menor ya no asiste a la Escuela o si revoca esta autorización en un documento escrito que se envía al Centro de Salud en la dirección arriba indicada. Una vez que la información de salud se divulga a la escuela, la información ya no está protegida por las regulaciones de privacidad de la atención médica. En su lugar, la información se convierte en parte de los registros de educación del Menor y la Escuela no puede volver a revelar la información sin el previo consentimiento por escrito del representante legal del Menor. Dicho consentimiento debe cumplir con FERPA (20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Parte 99), una ley federal que protege la privacidad de los registros de educación de los estudiantes. El Menor puede recibir tratamiento en el Centro de Salud incluso si usted no autoriza la divulgación de información a la Escuela.

Mi hijo(a) actualmente esta inscrito(a) el la escuela siguiente :

Meridian Elementary 1035 NW 1st Street Meridian, ID 83642	Meridian Middle School 1507 W 8th Street Meridian, ID 83642	Meridian Academy 2311 E Lanark Meridian, ID 83642
Barbara Morgan STEM Academy 1825 W Chateau Dr Meridian, ID 83646	Crossroads Middle School 650 N Nola Road Meridian, ID 83642	Meridian High School 1900 W Pine Street Meridian, ID 83642
Chaparral Elementary School 1155 N Deer Creek Ln Meridian, ID 83642	Lewis and Clark Middle School 4141 E Pine Ave Meridian, ID 83642	Otra escuela preparatoria:
Chief Joseph Elementary School 1100 E Chateau Drive Meridian, ID 83642	Lowell Scott Middle School 13600 W McMillan Rd Boise, ID 83713	
Frontier Elementary 11851 W Musket Drive Boise, ID 83713	Pathways Middle School 1855 E Heritage Park Lane Meridian, ID 83646	
Peregrine Elementary School 1860 W Waltman Street Meridian, ID 83642	Otra escuela secundaria:	
Ustick Elementary 12435 W Ustick Rd Boise, ID 83713		
Otra escuela Primaria:		

Y

Médico de cabecera de mi hijo (si corresponde)	Nombre del Medico: Nombre de la Clinica: Domicilio: Numero Telefonico de la oficina Numero de fax de la oficina
---	---

Al firmar abajo, afirmo que tengo la autoridad para tomar decisiones de cuidado de la salud en nombre del niño menor identificado arriba y entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados anteriormente. E TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTE FORMULARIO (O TENER A ALGUIEN QUIEN ME LO HALLA LEIDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS RESPONDIDAS.

X _____

X _____

Padre, Representante Personal * o firma del estudiante adulto

Fecha

*if signed by a Personal Representative, please state the Personal Representative's authority to act for student.