

- | | | |
|--|---------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> EXCEL ACADEMY CHELSEA | Phone: 617-336-9974 | Fax: 617-339-6867 |
| <input type="checkbox"/> EXCEL ACADEMY GREENWAY | Phone: 857-322-1366 | Fax: 617-674-3429 |
| <input type="checkbox"/> EXCEL ACADEMY EAST BOSTON | Phone: 617-874-4093 | Fax: 617-419-1122 |
| <input type="checkbox"/> EXCEL ACADEMY CHARTER HIGH SCHOOL | Phone: 617-440-7021 | Fax: 617-674-3427 |
| <input type="checkbox"/> EXCEL ACADEMY RHODE ISLAND | Phone: 401-680-6087 | Fax: 401-619-0010 |

El Autorización para el Intercambio de Información de Salud

Nombre del estudiante/paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

A Nombre del proveedor de atención médica (médico): _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

El propósito de este formulario es facilitar la comunicación entre una enfermera escolar y/o un consejero escolar y el proveedor de atención médica del niño, con el fin de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante. La enfermera de la escuela puede compartir la información proporcionada en este informe médico con los miembros apropiados del equipo educativo y de apoyo para utilizarla para satisfacer las necesidades educativas, de seguridad y de salud del estudiante. Esto se hará según la “necesidad de saber”, de manera confidencial y también puede incluir comunicación entre el proveedor de atención médica y la enfermera escolar para facilitar este proceso. Asimismo, el proveedor médico podrá compartir información con el hospital o equipo clínico. Solo se compartirán las áreas que se enumeran a continuación.

¿Qué información permitirá esto que el proveedor de atención médica comparta con la escuela? Todos los componentes del expediente médico del estudiante, incluidas notas de visitas de enfermedad y bienestar, registros de vacunación, recetas y medicamentos actuales, alergias, diagnósticos o afecciones de salud física o mental, lesiones y cualquier recomendación o restricción relevante, y resúmenes de alta. Toda la información anterior se compartirá con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.

¿Qué información permitirá esto que la escuela comparta con el proveedor de atención médica?

Todos los componentes del expediente educativo acumulativo del estudiante, incluidas notas y registros de la oficina de enfermería, registros de asistencia, disciplinarios y calificaciones, observaciones de maestros y personal relacionadas con la seguridad y el bienestar del estudiante, y registros o evaluaciones de educación especial relevantes (si corresponde) . Toda la información anterior se compartirá con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.

Autorización

Esta autorización es válida mientras dure la inscripción del estudiante en la escuela. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Escuela información actualizada sobre mi estudiante, y que la Escuela no será responsable de ningún error u omisión causado por mi falta de proporcionarle información actualizada. Nada en esta autorización reemplaza mi responsabilidad de que mi estudiante se someta a un examen físico y obtenga vacunas según lo exige la ley de Massachusetts. Esta autorización vencerá el último día de inscripción de mi estudiante en la Escuela. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que los registros médicos, una vez recibidos por la escuela, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia y las leyes y regulaciones relacionadas de Massachusetts. Al aceptar permitir la comunicación entre el proveedor de atención médica y los empleados de salud escolares designados, también entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica.

Firma de los padres: _____ **Data:** _____

Firma del estudiante*: _____ **Data:** _____

*Si un estudiante menor está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de los padres según la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. En Massachusetts, un menor competente, dependiendo de su edad, puede dar su consentimiento para recibir atención ambulatoria de salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas de VIH/SIDA y servicios de atención de salud reproductiva.