

- EXCEL ACADEMY CHELSEA
- EXCEL ACADEMY GREENWAY
- EXCEL ACADEMY EAST BOSTON
- EXCEL ACADEMY CHARTER HIGH SCHOOL
- EXCEL ACADEMY RHODE ISLAND
- EXCEL ACADEMY RHODE ISLAND HIGH SCHOOL

Teléfono: 617-336-9974 Fax: 617-339-6867
Teléfono: 857-322-1366 Fax: 617-674-3429
Teléfono: 617-874-4093 Fax: 617-419-1122
Teléfono: 617-440-7021 Fax: 617-674-3427
Teléfono: 401-680-6087 Fax: 401-619-0010
Teléfono: 401-679-6563 Fax: 401-213-8551

Autorización para el intercambio de información de salud

Nombre del estudiante/paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor de atención médica (médico): _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

El propósito de este formulario es facilitar la comunicación entre la enfermera escolar o el consejero escolar y el profesional de la salud del niño, con el fin de optimizar su aprendizaje. La enfermera escolar podrá compartir la información proporcionada en este informe médico con los miembros correspondientes del equipo educativo y de apoyo para satisfacer las necesidades de salud, seguridad y educación del estudiante. Esto se hará según sea necesario, de manera confidencial y también podrá incluir la comunicación entre el profesional de la salud y la enfermera escolar para facilitar este proceso. Asimismo, el profesional médico podrá compartir información con el hospital o el equipo clínico. Solo se compartirán las áreas que se indican a continuación.

¿Qué información le permitirá esto al proveedor de atención médica compartir con la escuela? Todos los componentes del expediente médico del estudiante, incluyendo notas de las visitas de control de salud, cartilla 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 académico acumulativo del estudiante, incluyendo notas y registros de la enfermería, registros de asistencia, disciplina y calificaciones, observaciones de docentes 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 durante la duración de la matrícula 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 causados por mi falta de proporcionar a la Escuela información actualizada. Nada en esta autorización reemplaza mi responsabilidad de que mi estudiante se someta a un Examen Físico y obtenga las Inmunizaciones según lo exige la ley de Massachusetts. Esta autorización vencerá el último día de la inscripción de mi estudiante en la Escuela. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de la revocación de mi consentimiento. Reconozco que los registros médicos, una vez recibidos por la Escuela, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad 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 escolar designados, también entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante*: _____ Fecha: _____

*Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de sus padres según la ley federal o estatal, solo él deberá firmar este formulario de autorización. En Massachusetts, un menor competente, según 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 salud reproductiva.