



ORAL HEALTH PARTNERSHIP PERMISO, CERTIFICACION Y LIBERACION DE INFORMACION

INSTRUCCIONES: Completa cada sección de abajo y regresa el formulario a la escuela de su hijo(a). Una copia de este formulario deberá ser archivado en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay antes de que se pueda ofrecer servicio en el Distrito o en la clínica.

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____
-------------------------------------	-----------------------------------

Permiso para Atender

El estudiante nombrado arriba tiene mi permiso de recibir servicio dental de la Asociación Oral de Salud mientras esté inscrito como estudiante en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay durante el día académico. El personal de la Asociación Oral de Salud trabajara en conjunto con el personal de la escuela para determinar el tiempo más adecuado para recibir servicios.

Firma de Padre/ Apoderado Legal: _____ **Fecha:** _____

Autorización Voluntaria para Obtener y Dar Información

Yo, Padre/ Apoderado Legal, por este medio autorizo al Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay de dar a la Asociación Oral de Salud de cualquier forma (p. ej. verbal, escrita o electrónica) los siguientes archivos relacionado con el estudiante nombrado arriba: el horario del estudiante, nombre del maestro, y la locación del estudiante durante el día en la escuela para propósitos de localizar al estudiante para dar servicios dentales. Yo entiendo que la información solicitada es para el propósito de dar servicios dentales. Yo entiendo que tengo el derecho de obtener una copia de los archivos que son dados y también tengo el derecho de una copia de esta autorización (un cargo por las copias de archivos de educación puede ser cobrada). Yo entiendo que mi autorización es voluntaria.

Anulación de Autorización– Yo entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización, excepto que la información ya ha sido entregada en acuerdo con esta autorización. Yo entiendo que mi anulación será aceptada solo si es por escrito y es entregado a la agencia/Individuo que ha estado dando la información.

Este permiso es válido por el tiempo que el nombre del estudiante de arriba esté inscrito en el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay. Una copia de este formulario es tan efectivo así como lo es el original. Yo declaro que soy el Padre o Apoderado Legal del estudiante nombrado arriba, o que soy el estudiante y soy mayor de edad y tengo autoridad de firmar este formulario.

Firma (Padre/Apoderado Legal) _____ **Fecha** _____ **Firma (Estudiante – si aplica)** _____ **Fecha** _____

Nombre (Padre/Apoderado Legal) _____ **Relación hacia el estudiante (padre, apoderado legal, representativo personal o estudiante mayor de edad)** _____

cc: Parent/Legal Guardian
Student Cumulative File (Consent Folder)

AVISO DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad de mi información de salud protegida y/ o a la información de salud protegida de mi hijo/a o menor de quien soy el guardián legal. Estos derechos se me dan a mi y/o a mi hijo/a o menor bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud del 1996 (HIPAA). Yo les autorizo a usar y divulgar mi información médica protegida para llevar acabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica que participen en mi tratamiento)
- Obteniendo pagos de terceros pagadores (por ejemplo, asistencia médica)
- Las operaciones de atención médica diarias de la práctica de OHP (incluyendo, pero no limitado a, intercambiar información con la escuela y el distrito de mi hijo/a o menor en lo cual está inscrito, puede ser necesario para facilitar el tratamiento); y
- Otras funciones y propósitos permitidos por HIPAA

Yo entiendo que, a menos que le notifique lo contrario por escrito, esta autorización cubre todos los periodos de tiempo pasados, presentes, y futuros y además, que esta autorización permite el uso y divulgación de mi historial de salud completo o de mi hijo/a o menor de quien soy el guardián legal.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurra antes de la fecha en que yo revoqué esta autorización no será afectada.

Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el receptor y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.