



Autorización para Intercambio de Información Médica

Sección I – INFORMACION SOLICITADA DE										
Nombre/Agencia	Nombre de Persona Impartiendo Información									
Dirección	Título									
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Fecha								
Naturaleza Específica de la Información a Impartirse:										
Sección II - AUTORIZACION										
Por la presente autorizo la comunicación de información, según se describe arriba, a la persona afiliada a la escuela / agencia indicada en la Sección III.										
Esta autorización vence 90 días después de la fecha en que se firmó. Fecha de vencimiento: _____										
Firma de los Padres/Tutor: _____ Fecha: _____										
Firma del Estudiante*: _____ Fecha: _____										
* Si el estudiante es un menor pero está autorizado a consentir a cuidados de salud, sin autorización de padres / tutor, bajo ley del estado y federal, sólo el estudiante firmará esta autorización.										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Consentimiento del Estudiante:</td> <td>VIH / SIDA, estado, diagnóstico, tratamiento - 14 años de edad</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Planificación Familiar / Aborto - no hay límite de edad</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tratamiento de Alcohol / Drogas - 13 años de edad</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Servicios de Salud Mental - 13 años de edad</td> </tr> </table>			Consentimiento del Estudiante:	VIH / SIDA, estado, diagnóstico, tratamiento - 14 años de edad		Planificación Familiar / Aborto - no hay límite de edad		Tratamiento de Alcohol / Drogas - 13 años de edad		Servicios de Salud Mental - 13 años de edad
Consentimiento del Estudiante:	VIH / SIDA, estado, diagnóstico, tratamiento - 14 años de edad									
	Planificación Familiar / Aborto - no hay límite de edad									
	Tratamiento de Alcohol / Drogas - 13 años de edad									
	Servicios de Salud Mental - 13 años de edad									
Sección III - AGENCIA RECIBIENDO LA INFORMACION										
Nombre/Agencia										
Dirección										
Nombre del Psicólogo de la Escuela										
Nombre de la Enfermera de la Escuela										
Nombre de Otro (indique ocupación y título)										

Esta información entregada a uds. está protegida por ley estatal y federal. Se prohíbe su divulgación a otra agencia o persona que no aparezca en este formulario sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien se refiere. Una autorización general para entrega de información médica o de otro tipo no es suficiente. Ver capítulo 70.02 RCW.

El sobre estará marcado “CONFIDENCIAL”