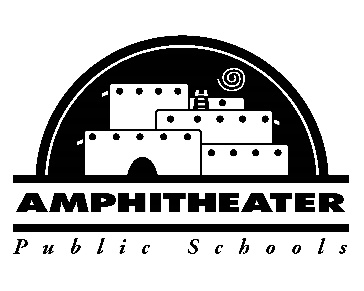
# **HEALTH SERVICES**

# Linda Roscoe-Perkovac, RN

# Director

(520) 269-4510 • FAX (520) 269-4513

lperkovac@amphi.com



Scott K. Baker, Ph.D. Susan Zibrat Vicki Cox Golder Deanna M. Day, M.Ed. Matthew A. Kopec

President Vice President

Governing Board Members

701 W. Wetmore Road • Tucson, AZ 85705 • (520) 696-5000 • www.amphi.com

Superintendent

Todd A. Jaeger, J.D.

## Autorización para usar o difundir datos confidenciales de salud

**Nombre de estudiante**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nacimiento**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Escuela/Grado**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Petición a:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de MD, Agencia, Hospital # de Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código *ZIP*

**Petición de:**

**Amphitheater Public Schools**

**701 W. Wetmore Rd.**

**Tucson, AZ 85705**

**520-269-4511, FAX 520-269-4513**

**Requested By:**

**□ Linda Roscoe-Perkovac, RN - Director of Health Services**

**□ Annie Maxwell, RN - Amphitheater Nurse Case Manager**

**Propósito de uso/Difusión:** Para los estudiantes con necesidades especiales de salud necesitamos un IHP (*Individualized Health Care Plan*) para cumplir con sus necesidades médicas/de seguridad durante el día escolar. Por eso, se necesita revisar los datos médicos.

**Datos médicos pedidos: □ Por escrito □ Oralmente □ Por escrito y oralmente**

□ Historial inicial □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Todos los datos sobre el historial médico, condiciones mentales o físicas, y tratamientos de mi hijo/a

Con fechas de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SALVO A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terminación:** Esta autorización se caduca (fecha/evento) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Restricciones:** La Mesa Directiva de Amphitheater Public Schools ha hecho procedimientos/políticas escritos que reglamenta el uso de los datos de salud que recogimos. También asegura el secreto profesional de los datos y les guarantiza a los padres y estudiantes los derechos a la intimidad del individuo. Estos procedimientos y políticas cumplen con la ley *Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), Title 20*, etc.

**Firma de garantía:** Por esta petición la persona que firma abajo asegura que los datos recogidos sólo se usarán por el personal profesional de la escuela quien trabaja con el estudiante en su programa académico. También asegura que los datos no se difundirán a nadie sin que los padres den permiso por escrito y con antelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de petición Firma autorizada