

Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

MRN: _____



Children's Mercy

Autorización para intercambiar información educativa con la agencia educativa (Página 1 de 2)

8071-412S MR 05/24

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Autorizo la revelación o el intercambio de esta información: Marque todo lo que corresponda.

➡ Información que la Escuela puede compartir con Children's Mercy		➡ Información que Children's Mercy puede compartir con la Escuela	
☐	Trabajo en clase actual	☐	Registro de instrucción o material que se usó y trabajo completado
☐	Plan de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) u otras adaptaciones de aprendizaje	☐	Modificaciones o adaptaciones recomendadas para el paciente
☐	Plan de la Sección 504	☐	Estrategias de enseñanza
☐	Plan de comportamiento	☐	Registro de las sesiones de enseñanza
☐	Calificaciones actuales/puntuaciones de las pruebas/expediente académico	☐	Planes de acción (por ejemplo, planes de acción para el asma, la diabetes o el cateterismo)
☐	Guía del plan de estudios/ programación didáctica	☐	Órdenes (por ejemplo, medicamentos, nutrición/dietas, aspiración de tubo traqueal)
☐	Personas que hacen la evaluación de emociones/comportamiento/síntomas	☐	Restricciones o autorizaciones de actividades/deportes
☐	Otros (especifique):	☐	Información médica pertinente (por ejemplo, notas de evolución, resultados de pruebas, reportes, resúmenes de altas)
		☐	Otros (especifique):

Entiendo que esta información puede incluir información o registros relacionados con la salud mental, el abuso o tratamiento del alcohol o drogas, resultados de la prueba de VIH/SIDA u otras enfermedades contagiosas. Entiendo que la información se puede revelar oralmente, por escrito o de forma electrónica (como correo electrónico seguro). También puede incluir información creada en el pasado, presente o futuro hasta la expiración o mi revocación de esta Autorización.

Propósito de la revelación o intercambio de información: Marque todo lo que corresponda.

☐	Apoyo académico del Programa Escolar en el Hospital (Hospital Based School Program)
☐	Necesidades continuas de enseñanza
☐	Evaluación continua del progreso académico, conductual o funcional
☐	Otros:

A quién se puede revelar la información en la Escuela: Complete todos los campos.

Escuela	
Nombres de los miembros del personal	
Correos electrónicos o teléfonos	
Fax	

A quién se le puede entregar la información en Children's Mercy: Complete todos los campos.

Organización	Children's Mercy
Nombres de los miembros del personal	
Correos electrónicos o teléfonos	
Fax	

Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

MRN: _____



Children's Mercy

**Autorización para intercambiar información
educativa con la agencia educativa
(Página 2 de 2)**

8071-412S MR 05/24

Revocación:

Acepto la revelación o el intercambio de la información especificada en esta Autorización con respecto al paciente mencionado arriba. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Dicha revocación no se aplicará a la información que ya se reveló en respuesta a esta Autorización. Para revocar esta Autorización, debo avisar por escrito al Departamento de Manejo de la Información Médica (Health Information Management Department) de Children's Mercy y a la escuela mencionada arriba. Entiendo que una vez que la información se incluye en el expediente médico de Children's Mercy, Children's Mercy no está obligado a quitar ninguna información del expediente, incluso si revoco esta Autorización.

Vencimiento: Marque lo que corresponda.

Esta autorización no expirará a menos que se revoque:

- ☐ Una vez completada la revelación
- ☐ Una vez finalizados los servicios
- ☐ Finalizado el año escolar

Garantía: Entiendo que aprobar la revelación de esta información es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los servicios en Children's Mercy. Sé que puedo negarme a firmar esta autorización. Children's Mercy puede denegar las solicitudes de acceso a la información protegida según las leyes federales o estatales. Entiendo que la información revelada según esta Autorización tiene el potencial de que se vuelva a revelar sin autorización. Si esta información médica protegida se revela a alguien que no está obligado a cumplir las protecciones federales de privacidad, entonces dicha información puede perder las protecciones de privacidad. Children's Mercy y la escuela ya no podrían mantener su confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Manejo de la Información Médica (Health Information Management Department) de The Children's Mercy Hospital al (816) 234-3455 o ROI@cmh.edu.

Nombre del paciente, padre/madre o tutor en letra de molde

Relación con el paciente

(____)____-____
Teléfono

Firma del paciente, padre/madre o tutor

____/____/____
Fecha

Dirección (si es diferente de la de arriba)

Ciudad

Estado

Código postal

Si lo firma una persona que no sea el padre/madre, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente (los documentos legales de apoyo que conceden la autoridad deben acompañar a esta autorización si no se presentaron previamente):

Devuelva el formulario completo por fax al (816) 701-4034, en persona o por correo a:

Children's Mercy Health Information Management
2401 Gillham Road
Kansas City, MO 64108

Personal de CM: Devuelva la ROI completa a HIM por fax al (816) 701-4034 o en ROI@cmh.edu.