

**GENOA-KINGSTON
DISTRITO COMUNITARIO #424**

AUTORIZACIÓN

PARA UTILIZAR Y REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Estudiante: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del Proveedor: _____

Favor de enviar a: **Genoa-Kingston Community Unit School District #424**
980 Park Avenue
Genoa, IL 60135-1098

Esta información será Utilizada y Revelada para: Vacunas y/o registro de examen de salud del estudiante que esta nombro arriba.

Propósito de la Revelar Información: Al pedido de los padres u otro guardián legal para el uso del la Escuela Comunitario Genoa-Kingston Distrito #424.

El Derecho de Revocar: Esta autorización se puede revocar en cualquier tiempo dando al proveedor una nota escrita de revocación de esta autorización. La revocación no aplicará a la información ya proporcionado en respuesta a esta autorización.

Fecha de caducidad: Esta autorización expirará uno (1) año de la fecha que se indica abajo.

Los padres del estudiante o el guardián legal tienen el derecho de negarse a firmar esta autorización.

Firma de padre o de guardián legal _____ Fecha _____

Relación al estudiante (autoridad para actuar): _____

Compliant with the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information under the Health Insurance
Portability and Accountability Act (HIPAA) as amended 05/05/03
(45 C.F.R. Parts 160 and 164; 65 Fed. Reg. 82,462)

2010 - 2011