



MAS Integrated School, MASIS Inc.
4524 Biancas Convention Ctr. Ste #5
Añasco, Puerto Rico 00610-9684
Web site: www.masispr.org
Tel: 787-826-8822 / Fax: 787-826-8026

AUTORIZACION PARA USO Y/O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

De acuerdo con las disposiciones de la ley "Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) 1996 se requiere de la autorización del individuo para el uso de información de salud protegida.

Por la presente autorizo a MAS Integrated School, MASIS a utilizar y/o divulgar la Información de Salud con los maestros.

Esto se hará con el propósito de que en un caso de emergencia procedan con seguridad y prontitud y si el estudiante padece de alguna condición o esté tomando algún medicamento pueda ser divulgada en un hospital.

Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación.

Entiendo que toda persona que tenga esta información está debidamente orientada sobre la ley HIPAA.

Entiendo que esta información se recopiló del examen físico que es requerido anualmente, pruebas Psicométricas y certificados médicos.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si el estudiante es dado de baja de la escuela esta autorización quedará nula. Mi revocación se deberá hacer por escrito y será enviada a MASIS, donde se mantiene mi Información Protegida.

Reconozco que mi revocación no será efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a usar y/o divulgar la Información Protegida de Salud haya actuado conforme a esta autorización.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización cuando la misma es solicitada por MASIS.

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Nombre del Padre o Encargado _____

Firma del Padre o Encargado _____

Fecha _____