

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA**  
**Autorización para Ceder Expedientes Médicos**

**Favor de solicitar información médica DE:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Proveedor de Atención Médica**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Consultorio médico u Hospital**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio**

\_\_\_\_\_  
**Cuidad, Estado, Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono:**

\_\_\_\_\_  
**Fax:**

**Favor de ENVIAR la información médica A:**

**Plantel Escolar:** \_\_\_\_\_

**Enfermera:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Pomona, CA** \_\_\_\_\_

**Teléfono: (909) 397-** \_\_\_\_\_

**Fax: (909)** \_\_\_\_\_

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para que ceda (por los medios siguientes: \_\_\_\_\_ Teléfono  
\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Postal) la información médica referente a mi hijo(a) como se indica a  
continuación para al Distrito Escolar Unificado de Pomona: Enfermería Escolar y la enfermera  
arriba mencionada.

***Favor de ceder datos e información en relación con:***

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente      \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento      \_\_\_\_\_  
Número de Expediente Médico (o SSN)

\_\_\_\_\_  
Domicilio      \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Cuidad, Estado, Código Postal      Teléfono

**Duración:** Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta el  
\_\_\_\_\_ (fecha) **o por un año desde la fecha que fue firmada si no se anotó ninguna fecha.**

**Revocación:** Esta autorización podrá ser revocada por escrito por el firmante en cualquier momento antes de  
ceder información por parte del informante. La revocación por escrito no afectará las medidas  
adoptadas en virtud de esta autorización antes de recibir la revocación por escrito.

**Re-divulgación:** Yo entiendo que el solicitante no puede usar legalmente o aún más divulgar información  
médica, a menos que obtenga otra autorización mía, o a menos que la divulgación sea  
específicamente requerida o permitida por la ley.

**Especifique los expedientes que deberán ser entregados y/o divulgados:**

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

Yo solicito que la información de salud entregada y/o divulgada de acuerdo con esta autorización se utilizará para el  
siguiente propósito: La información formará parte del expediente académico del alumno y se trasladará con el  
alumno \_\_\_\_\_ (inicial del padre).

Una copia de esta autorización es válida como si fuese original. Yo tengo derecho de recibir una copia de esta  
autorización.

La copia es para mí personalmente.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con Paciente