

**Autorización para divulgar información
incluida la información de salud
que puede establecer la identidad de los niños**

Estado de Kansas
Proveedores de gestión de casos de bienestar infantil
Junta de Educación del Estado
Departamento de Menores y Familias
Departamento Correccional de Kansas - División de Servicios Juveniles
(A TENOR DE LA NORMATIVA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA, 45 C.F.R.' 164.508)

A. AUTORIZACIONES; INFORMACIÓN ABARCADA; PERSONAS AUTORIZADAS A REALIZAR Y RECIBIR DIVULGACIONES; FINES DE LAS DIVULGACIONES; INFORMACIÓN MÍNIMA NECESARIA; MÉTODO DE DIVULGACIÓN.

Yo, _____, soy (elija la opción correcta:) ___ el padre/la madre ___ tutor/a legal del (los) siguiente(s) menor(es) con autoridad para actuar en su nombre:

Nombre y apellidos _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre y apellidos _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre y apellidos _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre y apellidos _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre y apellidos _____	Fecha de nacimiento: _____

En nombre del/de los menor(es) arriba mencionado(s), por la presente autorizo al Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF) y/o al Departamento Correccional de Kansas - División de Servicios Juveniles (KDOC-JS) y a sus empleados, contratistas y agentes a:

- (1) **divulgar información sobre mi(s) hijo(s)** (incluida la información de salud identificable individualmente y la información de salud protegida, como el nombre, el sexo, la fecha de nacimiento, el número de la seguridad social, la información sobre pruebas de audición y visión, el proveedor de cuidados fuera del hogar, los medicamentos actuales, las afecciones físicas o mentales relevantes para los procesos de aprendizaje y los comportamientos)
- (2) **al Departamento de Educación del Estado de Kansas; a cualquier Distrito Escolar Unificado de Kansas que preste servicios educativos a mi(s) menor(es); y a sus empleados, contratistas y agentes autorizados (las instituciones educativas)**
- (3) **con el propósito limitado de proporcionar servicios educativos y afines a mi(s) menor(es).**

También autorizo a las organizaciones informantes designadas anteriormente y a sus empleados, contratistas y agentes:

- (1) A hacer esas divulgaciones autorizadas de cualquier manera, incluyendo, pero no limitado a, oralmente, en documentos de papel, o electrónicamente por correo electrónico, máquina de fax, o entrada de datos en la base de datos del Departamento de Educación del Estado de Kansas;
- (2) Divulgar solo la información mínima necesaria para que las instituciones educativas puedan proporcionar servicios educativos y afines a mi(s) menor(es); y
- (3) A acceder, recuperar, editar, corregir, actualizar y volver a introducir la información que previamente introdujeron o enviaron para su introducción en el banco de datos del Departamento de Educación del Estado de Kansas.

B. LIMITACIONES Y CONDICIONES DE MIS AUTORIZACIONES Las divulgaciones de la información de mi(s) menor(es) que estoy autorizando están sujetas a estas limitaciones y condiciones:

- (1) Ninguna organización o persona puede hacer una divulgación si tiene alguna razón para creer que el receptor de la información utilizará una parte o la totalidad de la información para un fin no autorizado.
- (2) No impongo ninguna otra limitación o condición a las divulgaciones que he autorizado.

C. REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN POR PARTE DE DESTINATARIOS AUTORIZADOS. Entiendo que la información de mi(s) hijo(s) será divulgada a instituciones educativas

**Autorización para divulgar información
incluida la información de salud
que puede establecer la identidad de los niños**

que están obligadas por la ley federal (Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 U.S.C. 1232g) a mantener la confidencialidad de dicha información. También entiendo que las organizaciones y personas a las que he autorizado a divulgar la información de mi(s) hijo(s) no tienen ningún control sobre las instituciones educativas que recibirán la información divulgada ni sobre cualquier divulgación posterior de la información de mi(s) hijo(s) que puedan hacer dichas instituciones educativas. Cualquier divulgación posterior de la información de mi(s) menor(es) por parte de las instituciones educativas está sujeta a mi control y a la ley federal aplicable.

D. CONSECUENCIAS DE NO FIRMAR LA AUTORIZACIÓN Entiendo que si no autorizo la divulgación de la información de mi(s) menor(es) mediante la firma de esta Autorización, las instituciones educativas en las que está(n) inscrito/a(s) este/a(os) pueden verse obstaculizadas en la prestación de servicios educativos y afines a mi(s) menor(es).

E. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA AUTORIZACIÓN Esta Autorización para divulgar la información de mi(s) menor(es) a instituciones educativas entrará en vigor el día en que yo firme esta Autorización.

F. EXPIRACIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN Esta Autorización para divulgar la información de mi(s) menor(es) a instituciones educativas expira en la fecha que ocurra primero:

(1) La fecha en que mi(s) menor(es) ya no está(n), por orden judicial, bajo la custodia del Secretario del DCF o del Secretario del KDOC.

(2) La fecha en la que entregue mi revocación por escrito de esta Autorización a la(s) organización(es) que autorice en la Sección A, más arriba, a realizar divulgaciones.

G. DERECHO A REVOCAR MI AUTORIZACIÓN. Me reservo específicamente el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Entiendo que, para que mi revocación sea efectiva, debo revocar esta Autorización por escrito y entregar dicha revocación por escrito o hacer que se entregue en la dirección correcta de cualquiera de las siguientes organizaciones a las que autorice a divulgar información:

- **Kansas Department for Children and Families**, ATTN: HIPAA Privacy Officer, 555 S. Kansas Ave., Topeka, KS 66603
- **Kansas Department of Corrections - Juvenile Services Division**, ATTN: HIPAA Privacy Officer, 714 SW Jackson, Suite 300, Topeka, KS 66603.
- Entiendo que el DCF y el JJA y sus empleados, contratistas y agentes están autorizados a continuar divulgando información sobre mi(s) menor(es) a instituciones educativas hasta que les sea entregada mi revocación por escrito de esta Autorización.

Mi nombre (en letra de imprenta): _____

Mi firma _____

Fecha de mi firma _____

Autorización recibida por: _____ Fecha : _____

