

El sistema de información de inmunización del estado de Oklahoma (OSIIS, por sus siglas en inglés)- Autorización para usar o compartir información de salud protegida a la escuela o cuidado infantil

Nombre del estudiante: _____

Demographic/ Client ID#: _____

Fecha de nacimiento: _____

(Para la escuela/cuidado infantil recibiendo información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) para llenar)

Por la presente autorizo el servicio de inmunización Oklahoma para liberar mis registros de inmunización e información ubicada dentro del sistema de información de inmunización del estado de Oklahoma ("OSIIS") a

(Nombre de la persona/Organización PHI)

La información puede divulgarse para los siguientes propósitos:

para asegurar que el estudiante cumpla con los requisitos de elegibilidad de Oklahoma para las escuelas/ cuidados infantiles, como se describe en el título 70 O.S. § 1210.191 y el código administrativo de Oklahoma ("OAC", por sus siglas en inglés) 310: 535-1-2 y OAC 310: 535-1-3

Otro: _____

Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo el uso o divulgación de mi PHI como se describe anteriormente para los fines enumerados.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información y revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, la firma de esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, entiendo que no puedo restringir la información que puede haber sido compartida en base a esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad de la ley de responsabilidad del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

A menos que se revoque o se indique lo contrario, la fecha de vencimiento automático de esta autorización será **un año** a partir de la

fecha de mi firma o cuando ocurra el siguiente evento [p. ej., el niño ya no está inscrito en la escuela/cuidado infantil] _____

Firma del estudiante o representante legal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante legal