

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**  
**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE**  
**SALUD**

Esta Autorización describe cómo podemos usar y divulgar su información para facilitar el programa de pruebas COVID-19 y de participación de la comunidad escolar del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("LAUSD").

***Al llenar este documento autoriza la divulgación y el uso de información médica sobre usted. Proporcione toda la información solicitada o esta autorización podría quedar sin validez.***

Autorización necesaria para hacer la prueba. Por medio la presente autorizo al LAUSD a utilizar y divulgar la siguiente información sobre la persona identificada a continuación (denominada "yo", "a mí" o "mi" en esta Autorización):

Toda la información que me identifica o que se relaciona con las pruebas de exposición al nuevo Coronavirus de 2019 (COVID-19) que se recoge o se cree como parte del programa de pruebas y de participación de la comunidad escolar del LAUSD, incluyendo y sin limitarse a los resultados de mi prueba de COVID-19.

Autorizo al LAUSD a utilizar y divulgar la información anterior para cualquier propósito relacionado con el programa de pruebas y de participación de la comunidad escolar del LAUSD, incluyendo la utilización y divulgación requerida por la ley, divulgación a cualquier condado, estado, así como otra agencia gubernamental de salud pública u otra agencia con jurisdicción, divulgación a contratistas y proveedores del LAUSD en relación y socios de investigación con el fin de asistir en el diseño, el desarrollo y la operación del programa de pruebas.

Además autorizo al LAUSD a divulgar la información anterior con fines de investigación de salud pública, para los cuales no se publicará información individual, con fines de obtener el pago o el reembolso de las pruebas y los servicios relacionados, o con fines de notificar a los padres, maestros u otro personal, o a los miembros del público acerca de la exposición y las tasas de infección en la escuela y la comunidad, lo cual puede incluir, sin limitación, la publicación en el sitio web del LAUSD o a través de las noticias u otros medios de comunicación, y que puede hacerse de una manera que no incluya mi nombre, pero a partir de la cual se podría determinar potencialmente mi identidad.

Expiración. Esta Autorización expirará después de un período de un (1) año.

Entiendo mis derechos. Entiendo que:

Puedo negarme a firmar esta Autorización;

El rehusarme a firmar esta autorización no dará lugar a que el LAUSD se niegue a dar tratamiento para cualquier condición de atención médica o pago por atención médica que de otro modo se proporcionaría, o que el LAUSD niegue cualquier elegibilidad o inscripción existente en cualquier programa de beneficios de salud;

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización;

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a:

Los Angeles Unified School District  
Office of Data and Accountability  
333 South Beaudry Avenue, 16<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

Divulgación posterior. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización podría ser divulgada a su vez por el destinatario. Dicha divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley aplicable y puede ya no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Por favor escriba con letra de imprenta el Nombre de la Persona para quien se da esta Autorización (*por ej.*, nombre del estudiante, empleado u otra persona a la que se le va a hacer la prueba):

Estudiante  Empleado  Otro (Describa): \_\_\_\_\_

Firma del adulto o padre/madre/tutor del menor al que se le va a hacer la prueba y para quien se se le está dando autorización:

Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco y escriba el nombre y apellido en letra de molde:

\_\_\_\_\_