



AUTORIZACIÓN DE PRUEBAS Y
DIAGNÓSTICO DE COVID-19 PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN

Escuelas del Condado de Blount

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Winbigler Medical, PLLC y sus afiliados clínicos o un laboratorio independiente que actúe en su nombre a divulgar información de salud identificable relacionada con las pruebas y el diagnóstico de COVID-19 a la escuela mencionada anteriormente. **El propósito de la divulgación es ayudar a la escuela de mi hijo a acceder y evaluar los resultados de Covid-19 con fines de seguimiento, incluida la cuarentena, la evaluación de la exposición y el rastreo de contactos.**

Las Escuelas del Condado de Blount han solicitado que Winbigler Medical proporcione pruebas y diagnósticos de Covid-19 to su hijo para que la información pueda ser compartida con las Escuelas del Condado de Blount. Entiendo que mi negativa a firmar este formulario significa que Winbigler Medical no realizará tales pruebas y diagnósticos de Covid-19 en nombre de las Escuelas del Condado de Blount. También entiendo que una vez que Winbigler Medical divulga la información de salud identificable de mi hijo, las leyes de privacidad federales y estatales pueden no proteger la información, y la entidad que recibe su información puede volver a divulgarla.

Esta Autorización para Divulgar Información será válida por un año a partir de la fecha de mi firma. Si cambio de opinión y ya no deseo que la información de salud identificable de mi hijo relacionada con sus pruebas y diagnósticos de COVID-19 se comparta con las Escuelas del Condado de Blount, debo comunicándome por escrito con Winbigler Medical poniéndose en contacto con Winbigler Medical, PLLC (jennifer@winbiglermedical.com). Los afiliados clínicos de Winbigler Medical ya no compartirán información de salud identificable relacionada con las pruebas y el diagnóstico de COVID-19 con la escuela de mi hijo (aunque Winbigler Medical no podrá recuperar ninguna divulgación que haya hecho mientras esta autorización estaba en vigor), y Winbigler Medical puede informar a la escuela de mi hijo de dicha elección.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma de padre/tutor: _____

fecha: _____