

## Consentimiento para compartir el Plan de Acción para Asma e información Sobre el asma de mi hijo(a)

Nombre del menor: \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

1. Yo, \_\_\_\_\_, padre, madre o guardián del hijo(a) arriba mencionado, acuerdo a que se comparta el Plan de Acción para Asma (AAP) y otra información sobre el asma de mi hijo(a) con aquellos indicados a continuación. Entiendo que esta información se utilizará para ayudar a controlar el asma de mi hijo(a) cuando yo no esté con él(ella)

**Marque la casilla y escriba el nombre de aquellos que desee incluir en este consentimiento:**

Proveedor de Atención de la Salud \_\_\_\_\_  
Personal de la Escuela y Oficina de Salud de la Escuela \_\_\_\_\_  
Proveedor de cuidado diurno \_\_\_\_\_  
Clínica u hospital \_\_\_\_\_  
Entrenador \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

2. **Cómo se protegerá la privacidad de mi hijo(a):**
- a. El proveedor de atención de la salud de mi menor(a) debe acatar las leyes de privacidad de la información médica.
  - b. La escuela de mi hijo(a) y un entrenador que trabaje para la escuela deben acatar las leyes de privacidad de la escuela.
  - c. Algunas personas no están cubiertas por las leyes de privacidad y es posible que no mantengan privada esta información. Esto incluye al proveedor de cuidado diurno de mi hijo(a), al entrenador y a otros con quienes comparto la información sobre el asma de mi hijo(a).
3. **Me han informado los siguientes puntos:**
- a. No estoy obligado a dar mi consentimiento.
  - b. Si no firmo este consentimiento, la calidad del cuidado del asma se podría ver afectada porque otro personal de la escuela y el proveedor de atención de la salud no tendrán información disponible (dado que no se les puede dar información sin mi consentimiento), pero no afectará otra atención que mi hijo(a) reciba del personal escolar o de su proveedor de atención de la salud.
  - c. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento. Para cancelar mi consentimiento necesito enviar o entregar una carta a las personas indicadas anteriormente pidiéndoles que cancelen mi consentimiento. Les daré el nombre de mi hijo(a) y firmaré mi nombre.
  - d. Este consentimiento vence en un año.

Firma del padre, madre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota para el proveedor de atención de la salud:** Por favor, entregue este consentimiento al padre, madre o guardián para que lo firmen y entreguen en la escuela de su niño(a).