

Autorización para la divulgación de información

Nombre (Name) : _____

Fecha (Date) : ____ / ____ / ____

A. INFORMACION DEL ESTUDIANTE (STUDENT INFORMATION)

Fecha de Nacimiento (DOB) : ____ / ____ / ____ Género (Gender) : _____ ID Permanente/Seguro Social (Permanent ID/S.S.) : _____

Nombre de Padre(s) (Parents Names) : _____

Domicilio (Mailing Address) : _____ Ciudad (City) _____ Código Postal (Zip) _____

Autorizo al individuo o organización nombrada que divulgue la información del individuo nombrado anteriormente tal descrito a continuación:

B. INFORMACION DIVULGADA POR PARTE DE:	C. INFORMACION DIVULGADA PARA:
Parte Divulgadora (Disclosing Party) _____ Domicilio (Address) _____ Ciudad, Estado, Código Postal (City, State, Zip Code) _____ Número Telefónico (Telephone #) _____ Fax(Fax #) _____	Parte Receptora (Receiving Party) _____ Domicilio (Address) _____ Ciudad, Estado, Código Postal (City, State, Zip Code) _____ Número Telefónico (Telephone #) _____ Fax(Fax #) _____

D. PROPOSITO DE LA INFORMACION SOLICITADA:

La divulgación de la información se requiere con el siguiente propósito: _____

E. TIPO/DESCRIPCION DE INFORMACION SOLICITADA:

Médico (Medical) ;
 Educativo (Educational) ;
 Psiquiátrico (Psychiatric) ;
 Otro (Other) _____

F. FIRMA AUTORIZANDO LA DIVULGACION DE INFORMACION:

Al firmar debajo, también entiendo que:

- Agencias educativas locales son responsables de mantener archivos confidenciales para el acceso y revisión del personal educacional involucrado solamente. Los archivos académicos, psicológicos y de salud se intercambian entre las escuelas públicas de California. Ninguna divulgación adicional de esta información por el LEA se realizará sin divulgación específica, escrita e informada por el padre/tutor legal.
- La firma de esta autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. El negarme a firmar esta autorización no afectará el compromiso del LEA de proveer una educación de buena calidad para mi hijo/a; sin embargo, negarme a firmar puede impedir la capacidad del LEA de implementar un plan óptimo de educación, modificaciones de aprendizaje y/o un plan de cuidado de salud para su hijo/a.
- Esta autorización debe entrar en vigor de inmediato y permanecer en efecto hasta _____ (fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmó si es que no se ha indicado una fecha.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mandando tal notificación escrita a la agencia divulgando información.
- Mi revocación se efectuará en cuanto sea recibida, pero no impactará el uso o la divulgación hecha mientras que mi autorización sea válida.

Firma de Padre, Tutor, o Substituto

Fecha

Firma de Testigo (requerido solamente si el padre firma con "x")

Fecha