



**Glenview Escuelas Distrito 34**  
 1401 Greenwood Road  
 Glenview, Illinois, 60026-1511  
 www.glenview34.org

## Autorización de uso y divulgación de registros de educación protegida e información de salud

Paciente/Nombre Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por la presente autorizo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

{Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar los registros}

divulgar información médica protegida y / o registros educativos para: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

{Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar los registros}

**Marque** Si se otorga autorización para las partes mencionadas anteriormente para intercambiar mutuamente la información.

**Todos los Registros Permanentes**  
 (Incluye, entre otros, información de identificación básica, expedientes académicos, registros de asistencia, registros de salud y puntajes recibidos en todas las evaluaciones estatales)

**Todos los Registros Temporarios**  
 (Incluidos, entre otros, puntajes en evaluaciones estatales, registros de salud y disciplina, informes de accidentes, resultados de exámenes, boletines de calificaciones, información de monitoreo de progreso, registros de educación especial, registros de la Sección 504)

### Si no son todos los registros, seleccione todos los que correspondan de las siguientes opciones:

#### Información sobre Educación:

- Grados/reporte/transcripciones
- Evaluaciones psicológicas
- Evaluaciones de habla y lenguaje/  
reportes
- Evaluaciones (locales y estatales)
- IEP/504 planes/documentos elegibilidad
- Historial de Salud
- Evaluación terapia Educacional/reportes
- Evaluación terapia Física/reportes
- Evaluación Social/historias
- Evaluaciones neuropsicológicas
- Información de tecnología asistiva.
- Comportamiento/disciplina información
- Solo cubriendo el periodo de tiempo  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Información médica:

- Historial Medico
- Planes de tratamiento
- Registros de inmunización
- Asesoramiento de enfermería
- Formularios físicos escolares
- TB o otros resultados del Lab.
- Registros de medicación
- HIV información
- Detección de plomo
- Dental
- Solo cubriendo el periodo de tiempo  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Información de salud mental:

- Planes de Tratamiento
- Evaluaciones psiquiátricas
- Evaluaciones psicológicas
- Evaluaciones neuropsicológicas
- Evaluaciones clinicas
- Notas de tratamiento
- Notas clinicas
- Registros de medicación
- Resúmenes de alta
- Evaluación social / historia
- Solo cubriendo el periodo de tiempo  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Información de abuso de sustancias:

- Historia de abuso de sustancias  Plan de alta / cuidado continuo  Tratamiento, asistencia a la colocación y progreso.

Esta autorización es válida por un año calendario y expirará el \_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para las medidas tomadas por el distrito escolar o el proveedor de atención médica en función de mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Entiendo que no autorizar la divulgación de registros puede tener un impacto adverso en la programación educativa y / o el tratamiento médico para mi hijo.

Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros de educación protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica. También entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar registros educativos y de cuestionar su contenido.

Nombre del padre (por favor escriba)

Firma de los padres

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Firma del estudiante (si el estudiante tiene más de 12 años de edad y la autorización es para la divulgación de registros de salud mental)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del testigo (escriba) y Firma (si el estudiante es mayor de 12 años y la autorización es para la divulgación de registros de salud mental)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Attea  Glen Grove  Henking  Hoffman  Lyon  Pleasant Ridge  Springman  Westbrook

(847) 998-5000  (847) 998-5094 (Fax)