



Student Support Services
Autorización para Uso y/o Divulgación de Información

El uso y distribución de este formulario está limitado a empleados de agencias de escuelas públicas dentro del Área del Plan Local de Educación Especial del Condado de San Luis Obispo County Special Local Plan.

Nombre del estudiante (nombre, segundo nombre, apellido): _____
 Fecha de nacimiento: _____

 Dirección del estudiante # de Expediente Médico Número del teléfono Teléfono Alternativo
 (si es aplicable)

Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar la información médica/educativa especificada de persona nombrada:

Parte Reveladora	
_____ Individual u Organización	
_____ Dirección	
_____ Ciudad, Estado, Código Postal	
_____ Teléfono	_____ Fax

Individual u Organización que Recepta	
<u>San Luis Coastal Unified School District</u> Individual u Organización	
<u>1500 Lizzie Street, G1</u> Dirección	
<u>San Luis Obispo, CA 93401</u> Ciudad, Estado, Código Postal	
<u>(805) 549-1220</u> Teléfono	<u>(805) 543-6567</u> Fax

- Sí, la información puede intercambiarse mutua y libremente entre las partes reveladoras y receptoras. _____ (inicial)
 Duración: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta ____/____/____ o durante un año a partir de la fecha de la firma si no se ingresa ninguna fecha.
 Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a la Parte Reveladora. La revocación por escrito entrará en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
 Nueva Revocación: Entiendo que la información médica/educativa utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales y la confidencialidad de la información cuando se divulgue a una agencia de educación pública está protegida como expediente del estudiante bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia.
 Información de Salud: Entiendo que autorizar la divulgación de información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito suspender este formulario para asegurar un tratamiento médico.
 Especifique los Registro(s): Medical Medicamento Psiquiátrico Otro:
 Salud Mental Educacional Drogas/Alcohol

Cualquier y toda la información con respecto a los registros anteriores puede ser divulgada, excepto según se indique específicamente aquí: _____

La calificación para la consideración de los servicios educativos depende de un diagnóstico de calificación. Solicito que la información divulgada de conformidad con esta autorización se utilice únicamente para el siguiente propósito: Educación, Evaluación, Planificación Educativa, Otro. Una copia de esta autorización es tan válida como un original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros. Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará.

 Firma del Estudiante o del Representante del Estudiante Descripción de la Relación con el Estudiante Fecha