



**Autorización para Uso y Divulgación de Registros Educativos Protegidos e Información de Salud**

Nombre del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada a divulgar los registros)

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre, dirección y número de teléfono de la persona autorizada a divulgar los registros)

<input type="checkbox"/> <b>Marcar</b> si se da la autorización para que las partes mencionadas intercambien mutuamente la información.	<input type="checkbox"/> <b>Todos los registros permanentes</b> (incluyendo, pero sin limitarse a la información básica de identificación, los expedientes académicos, los registros de asistencia, los registros sanitarios y las puntuaciones recibidas en todas las evaluaciones del Estado)	<input type="checkbox"/> <b>Todos los registros temporales</b> (incluyendo pero no limitado a las puntuaciones en las evaluaciones estatales, los registros de disciplina y salud, los informes de accidentes, los resultados de las pruebas, los boletines de calificaciones, la información de seguimiento del progreso, los registros de educación especial, los registros de la Sección 504)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Si no todos los registros, por favor, seleccione todos los que se aplican de las opciones de abajo:**

<b>Información de Educación:</b> <input type="checkbox"/> Calificaciones/reportes/transcripciones <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes del habla y el lenguaje <input type="checkbox"/> Pruebas educativas (locales y estatales) <input type="checkbox"/> IEP's/planes 504/documentos de elegibilidad <input type="checkbox"/> Historias de salud <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes de terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes de terapia física <input type="checkbox"/> Evaluaciones/historias sociales <input type="checkbox"/> Evaluaciones neuropsicológicas <input type="checkbox"/> Información sobre tecnología de asistencia <input type="checkbox"/> Información sobre comportamiento/disciplina <input type="checkbox"/> Sólo incluye el periodo de tiempo comprendido entre ___/___/___ a ___/___/___	<b>Información sobre el abuso de sustancias:</b> Información médica: <input type="checkbox"/> Historia médica <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento <input type="checkbox"/> Historia de inmunización <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de examen físico escolar <input type="checkbox"/> Resultados de tuberculosis (TB) u otros resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de medicación <input type="checkbox"/> Información sobre VIH <input type="checkbox"/> Control de plomo <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Sólo incluye el periodo de tiempo comprendido entre ___/___/___ a ___/___/___	<b>Información sobre Salud Mental:</b> <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas <input type="checkbox"/> Evaluaciones neuropsicológicas <input type="checkbox"/> Evaluaciones clínicas <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento <input type="checkbox"/> Notas clínicas <input type="checkbox"/> Registros de medicación <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta <input type="checkbox"/> Evaluación social/historia <input type="checkbox"/> Sólo incluye el periodo de tiempo comprendido entre ___/___/___ to ___/___/___
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Información sobre el abuso de sustancias:**  
 Historia de abuso de sustancias  
 Plan de alta/cuidado continuo  
 Tratamiento, ubicación de asistencia y progreso

Esta autorización es válida durante un año de calendario y vencerá en \_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para las acciones tomadas por el distrito escolar o el proveedor de atención médica en base a mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Entiendo que no autorizar la divulgación de los registros puede tener un impacto negativo en la programación educativa y/o el tratamiento médico de mi hijo. Reconozco que los expedientes médicos, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de la HIPAA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica. También entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar los registros educativos y a cuestionar su contenido.

Nombre del padre/madre (por favor, letra de imprenta)	_____	Firma del padre/madre	_____	Fecha	___/___/___
Firma del estudiante	_____			Fecha	___/___/___
(Si el estudiante es mayor de 12 años y la autorización es para la divulgación de los registros de salud mental)					
Nombre del testigo (por favor, letra de imprenta)	_____	Firma	_____	Fecha	___/___/___
(Si el estudiante es mayor de 12 años y la autorización es para la divulgación de los registros de salud mental)					