

**CONSENTIMIENTO DEL DISTRITO ESCOLAR DEL
CONDADO KENTON PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
CON UNA AGENCIA EXTERNA O UNA PERSONA**

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección _____

Teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal _____

Autorizo al Distrito Escolar del Condado Kenton a comunicar/compartir información con la siguiente persona o agencia. Entiendo que la información que se puede compartir puede estar protegida por la Ley HIPAA (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro de Salud) como registro de salud protegido o por la Ley FERPA (Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar) como registro educativo confidencial. Esta información se comparte para el propósito de: _____

Nombre de la persona o agencia
Dirección de la agencia
Ciudad, estado, código postal
Teléfono

Nombre de la persona o agencia
Dirección de la agencia
Ciudad, estado, código postal
Teléfono

La información específica que se discutirá, en relación con necesidades y servicios educativos:

- Informes de evaluaciones (Psicológica, Psiquiátrica, Educativa, Auditiva/Oído)
- Registros acumulativos que incluyen grados y registros de asistencia
- Información médica (por ejemplo, plan de tratamiento) _____
- Datos de progreso
- Otros datos de Evaluación de transición
- Programa Educativo Personalizado (IEP)
- Plan de Aprendizaje Personal (ILP) o Plan de Graduación Personal (IGP)
- Otro (Especificar) Comunicación de 2 vías para intercambio de información para planificación del tratamiento y progreso

Entiendo que esta autorización para divulgación/invitación es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento mediante aviso por escrito. A menos que la revoque por escrito, esta autorización para divulgación/invitación tendrá vigencia total hasta _____. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización estará vigente durante un (1) año calendario desde la fecha en que se firmó. Ninguna revocación tendrá vigencia sobre divulgaciones anteriores otorgadas de acuerdo con esta autorización para divulgación/invitación. Entiendo que esta información que se divulga con mi autorización puede volver a ser divulgada por esta agencia o esta persona solamente a través del proceso establecido en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA).

Firma de padre, madre o tutor legal
(El/la estudiante debe firmar si tiene más de 18 años)

Fecha

Firma del testigo (Signature of Witness)

Fecha (Date)