

**DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE WAUNAKEE  
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: PASO 1:** Complete la sección *Declaraciones de Autorización* debajo marcando **UNA O AMBAS** declaraciones. Para permitir el intercambio de información entre el Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee y el individuo/entidad identificada, por favor marque ambas Declaraciones de Autorización. **PASO 2:** Complete la sección *Información a ser Divulgada* marcando la información que puede ser divulgada. **PASO 3:** Complete la sección *Propósito de la Divulgación* marcando el propósito de divulgación apropiado. **PASO 4:** Revise la sección *Reconocimientos & Firma* y firme la autorización.

**DECLARACIONES DE AUTORIZACIÓN**

- DIVULGACION POR PARTE DEL DISTRITO ESCOLAR.** Yo autorizo al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee a divulgar de cualquier manera (incluyendo de manera escrita, oral o electrónica) la información indicada debajo respecto al alumno, a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

- DIVULGACIÓN AL DISTRITO ESCOLAR.** Yo autorizo a \_\_\_\_\_ (agregue el nombre del individuo, organización, o agencia) a divulgar de cualquier manera (incluyendo de manera escrita, oral o electrónica) la información indicada debajo al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A SER DIVULGADA**

**Información/Records Educativos**

- Records de progreso  
 Records de Conducta  
 Records de Salud Física del alumno  
 Reportes de PEI/Evaluación  
 Records de Educación Especial  
 Records Psicológicos

**Información/Records Médicos**

- Información Médica del paciente (especifique o indique "todo")  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Reporte(s) de Evaluación de proveedor externo  
 Record(s) de Inmunizaciones

- Records de Salud Mental  
 Records de VIH (SIDA)  
 Discapacidades del desarrollo

**Otra Información/Records:**

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

- Programación y Servicio Educativo  
 Evaluación y Tratamiento Médico  
 Otro \_\_\_\_\_
- Evaluación y Planeación Médica  
 Planeamiento de transición

**RECONOCIMIENTOS Y FIRMAS**

**Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información Médica que se va a usar o divulgar---**Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado a que se use o divulgue en este formato de autorización. Yo puedo coordinar la inspección de mi información médica u obtener copias de mi información médica al contactar al departamento de información médica o a la escuela.

**Derecho a Recibir Copia de esta Autorización---**Yo entiendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, lo cual no es requisito, se me debe proveer con una copia firmada del formato.

**Derecho a rehusarme a firmar esta Autorización---**Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligación de firmar este formato, y que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicadas arriba a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de cuidados de salud basándose en mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a revocar esta Autorización---**Yo entiendo que se necesita notificación escrita para cancelar esta autorización. Para obtener información respecto a cómo revocar mi autorización o para recibir una copia de mi revocación, puedo contactar al departamento de información médica o a la escuela. Yo soy consciente que mi revocación no será efectiva para los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicadas arriba ya hayan hecho en referencia a esta autorización.

**Volver a divulgar---**Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizadas por este formato a recibir su información médica no son proveedores de cuidados médicos u otras personas sujetas a las leyes federales de privacidad médica, la información médica que ellos reciban puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y a esas personas se les puede permitir volver a divulgar su información medica sin su permiso previo.

Este permiso es válido por un año. Una copia de este formato es igual de efectiva que la original. Yo certifico que soy el padre, tutor legal, representante personal del alumno mencionado arriba, o que soy el alumno y con edad apropiada, y que tengo la autoridad de firmar esta autorización.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_

Relación con el Alumno: \_\_\_\_\_  
(alumno, padre, tutor legal, o representante personal)

Fecha: \_\_\_\_\_

- Marque aquí si está pidiendo una copia de los records educativos a ser divulgados por el Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee (puede que se imponga una tarifa por copias de los records).

Copia a: Respondedor, Solicitante, Padre /Tutor /Tutor Legal /Estudiante Adulto