



Una tradición de excelencia

AUTORIZACIÓN PARA LA RENUNCIA / EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, _____ autorizo el intercambio de comunicaciones
(Escriba el nombre de padre/tutor/estudiante si 18 o mayor)
y la renuncia/el intercambio de los siguientes documentos o información confidencial o
comunicaciones relativas a _____ (de aquí en adelante "el/la
estudiante") entre Hinsdale Township High School Distrito 86 sus agentes y empleados y
_____:

(Escriba el nombre de la persona / la agencia)

- ___ Evaluación psicológica
___ Estudio del desarrollo social
___ Evaluación de lengua y expresión
___ Historia de la salud
___ Reportes médicos / psiquiátricos
___ Planes de educación individualizada
___ Informes de progreso
___ Otros: _____

Estas revelaciones se autorizan por 20 U.S.C. sección 1232 g, 105 ILCS 10/1 et seq. y 740 ILCS 110/1 et
seq. , * y están hechas para los siguientes propósitos:

(Escriba los propósitos)

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los documentos y la información para ser
revelados, desafiar su contenido y limitar mi consentimiento a los documentos designados o partes de
la información o comunicación contenida en esos documentos. También entiendo que mi rechazo a
consentir al intercambio de documentos y comunicaciones podría resultar en un retraso de los
servicios educativos.

Esta autorización expira un año a partir de la fecha que se indica a continuación. Sin embargo, entiendo
que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA:
(si el estudiante es menor de 18 años y/o la
Delegación de derechos se ha obtenido)

FIRMA DEL/DE LA ESTUDIANTE FECHA:
(para los documentos de la salud mental / de la discapacidad de desarrollo, si el estudiante es la edad
de 12 o mayor)

FIRMA DEL TESTIGO FECHA:
(para los documentos de la salud mental / de la discapacidad de desarrollo)

* Nota: Antes de la revelación de información de salud protegida, los proveedores de servicios médicos
podrían requerir que el padre/el tutor llevara a cabo un formulario de autorización adicional para
cumplir con la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico "(HIPAA).
7/2017