

Fecha de Envío: _____ Correo Postal Vía Fax Correo Electrónico Persona que envía: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE EXPEDIENTES CONFIDENCIALES

Este documento es una publicación recíproca del formulario de información

A: Records Request Office
Custodio de Expedientes
Cherokee County School District
Escuela/Agencia
P.O. Box 769 Canton, GA 30169
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal
sped.records@cherookeek12.net
Correo Electrónico
PH 770.721.8506/ Fax 770.721.6316
Teléfono/Fax

De: _____
Persona que solicita Expedientes
Escuela/Agencia
Dirección
Ciudad/Estado/Código Postal
Teléfono/Fax/Correo Electrónico

POR LA PRESENTE AUTORIZ E INSTRUYO A PUBLICAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento	Grado /School	

RAZÓN DE LA SOLICITUD (OPCIONAL):

Evaluación Educativa y Planeamiento
Mantenimiento del expediente del estudiante
Otro: _____

Problemas médicos relacionados con el aprendizaje
Evaluación y tratamiento médico
*Para IEP solamente:
Fecha de la junta de IEP:

POR FAVOR ESPECIFIQUE LOS EXPEDIENTES QUE SE PUBLICARAN:

Informe psicológico
Evaluación educativa
Historia social
I.E.P. (Minutos y Metas/Objetivos)
Resultados de exámenes
Formulario de informe de examen médico

Evaluación psiquiátrica
Informe de elegibilidad
Registros anecdóticos
Registros médicos
Otro: _____

Autorización:

Esta autorización es válida por 1 año o como se especificó: _____ Caducará el: _____

Por la presente declaro que poseo legalmente la autoridad de padre/madre (como padre, tutor o estudiante adulto) para autorizar la publicación de los expedientes especificados anteriormente, y acepto permitir que los representantes del sistema escolar verifiquen mi licencia de conducir o una identificación con foto emitida por el gobierno para verificar mi identidad (*Si no recogeré estos expedientes en persona, entiendo de que debo hacer verificar mi firma con un notario público*). Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Cherokee se basará en esta representación al considerar esta solicitud de expedientes. Entiendo que dar mi consentimiento para publicar expedientes es voluntario de mi parte. El Distrito Escolar del Condado de Cherokee puede imponer tarifas nominales para realizar copias en determinadas circunstancias. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota por escrito revocando mi consentimiento. Reconozco que los expedientes de salud, una vez recibidos por la agencia de educación local (LEA), pueden dejar de estar protegidos por HIPAA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Imprima nombre de Padres/Tutor/Estudiante mayor de edad

Relación con el estudiante

Firma de Padres/Tutor/Estudiante mayor de edad

Fecha

Por favor entregue una copia de su identificación emitida por el estado y este formulario completamente llenado y notariado para comenzar su pedido.

(Required if ID Not Verified) by CCSD Sworn to and subscribed before me this

_____ day of _____, 20_____

Notary Public

My Commission Expires: _____