Distrito Escolar de la Ciudad de Menlo Park, Departamento de Servicios Estudiantiles
181 Encinal Avenue, Atherton, CA 94027
(650) 321-7140 X 5610 Fax: (650) 292-2200

Autorización para Comunicar e Intercambiar Información Confidencial y/o Archivos

Este permiso autoriza la recopilación, el intercambio y la comunicación de información y/o archivos, con el propósito de proporcionar servicios efectivos de educación especial para su hijo. Una fotocopia de este documento es válido como el original.

Yo, _____, el padre/tutor legal de _____, por este medio autorizo la comunicación, compartir, e intercambiar información confidencial y/o archivos relacionados con mi hijo, con el Distrito Escolar de la Ciudad de Menlo Park.

Con el propósito de proporcionar, verificar y coordinar los servicios, anote sus iniciales frente a las agencias mencionadas a continuación, las cuales pueden proporcionar información al Distrito Escolar de la Ciudad de Menlo Park.

Agencias de Salud del Condado

____ Servicios para los Niños de California
____ Salud Mental del Condado
____ Salud Pública

Otras Agencias de Salud/Discapacidades

___Centro Regional Golden Gate (GGRC)
____ Proveedor de Cuidado Primario u ___Otro Proveedor: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
____ Proveedor de Cuidado Primario u ___Otro Proveedor: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Justicia Criminal del Condado

____ Departamento de Libertad Condicional
____ Departamento del Alguacil

Servicios Sociales del Condado

__Servicios de Protección para el Niño_____
__ Otro: _____

Por la presente autorizo a las agencias con mis iniciales arriba, a intercambiar la siguiente información, a través de comunicación verbal y/o escrita, y/o en transmisiones electrónicas. (ej., Fax, Correo Electrónico) según lo seleccionado con las iniciales:

____ La información contenida en el archivo confidencial de educación especial
____ La información contenida en el archivo cumulativo escolar
____ Los diagnósticos de salud mental, valoración, evaluación, progreso
____ Los diagnósticos médicos y/o discapacidad, valoración, evaluación, progreso
____ Contratos de libertad condicional
____ Ordenes de la corte, reportes, y planes de caso
____ Relacionadas a lo médico, a la salud mental, al desarrollo, a la educación, historias psicosociales
____ Otras:_____

Entiendo que puedo recibir una copia de este documento si lo solicito. Copia recibida ☐ Si ☐ No
Quiero que los archivos de mi hijo sean comunicados. Estoy consciente de que este es un permiso necesario, que debo firmar esta autorización voluntariamente y con conocimiento, ANTES de que cualquier archivo o información puedan ser comunicados. Me puedo negar a firmar, y si así es el caso; los archivos no pueden ni serán comunicados. Esta información permanecerá en efecto por un año, a partir de la fecha de la firma. Puede ser rescindida en cualquier momento, a través de una notificación escrita al Distrito Escolar de la Ciudad de Menlo Park.

_____ _____

Padre/Tutor Legal/Representante Educativo Fecha