Plan del Área Local de la Educación Especial del Condado Butte
Autorización para el Intercambio para la Información Confidencial

El intento de esta autorización es facilitar la recolección e intercambio de información académica, psicológica y de salud para desarrollar un plan educacional de servicios comprensivos para el estudiante mencionado abajo.

Nombre(s): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____
(Opcional)

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección: _____

Se proporcionará la información: (marque las agencias / proveedores apropiados)

☐ El Departamento del Empleo y los Servicios Sociales del Condado Butte:
  ☐ División de Servicios de Niños(as) ☐ División de Servicios de Adultos ☐ Elegibilidad
☐ El Departamento de Salud de Condado Butte
  ☐ Los Servicios de California de Niños ☐ El Departamento de Salud Pública de California
  ☐ Clínicas de Vacunación ☐ Otro _____
☐ El Departamento de Salud Mental del Condado Butte
☐ La Oficina de Educación del Condado Butte
☐ El Plan del Área Local de Educación del Condado Butte
☐ El Departamento de la Libertad Vigilada del Condado Butte
☐ La Asociación de los Servicios Familiares
☐ El Centro Regional de Far Northern
☐ La Agencia del Cuidado de Salud Familiar
☐ El Hospital / los Centros Medicales _____
☐ Las Clínicas Medicales _____
☐ Red de Trabajo de Educación para Padres
☐ Médicos/Doctores de Salud _____
☐ Audióloga _____
☐ Oftalmólogo/Optometrista _____
☐ El Distrito Escolar _____
☐ Otro (escribir una inicial para cada entrada) _____
☐ Otro _____
☐ Otro _____

Tipo o descripción de la información solicitada: (marque la información apropiada)

☐ Documentos educacionales, incluyendo reportes psicoeducativas
☐ Registros de vacunaciones
☐ Registros de consultación o examinación
☐ Resumen del Alta
☐ Registros de Evaluaciones Psicológicas
☐ Resumen Psiquiátrico que incluye la historia, el diagnóstico, el tratamiento y el progreso del individuo.
☐ Registros de la Corte
☐ Otro (escribe una inicial para cada entrada) _____
☐ Otro _____

Duración: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y se mantendrá en vigor hasta _____(introduzca la fecha) por un año después de la fecha de la firma, si no está identificada otra fecha.

Restricciones: La Ley de California prohíbe que el Solicitante revela información médica adicional a menos que el Solicitante obtenga otra autorización o si esta revelación está requerida o permitida según la ley (El Acto de los Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (FERPA por sus siglas en inglés)).

Sus derechos: Entiendo que tengo los derechos siguientes que pertenecen a esta autorización.:

1. Entiendo que firmar esta autorización es un acto voluntario.
2. Yo (el alumno/niño o, si para un menor, su padre, tutor, padre sustituto o conservador) puedo/e recibir una copia de esta autorización (Código Civil, Sección 56,10).
3. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. La revocación tiene que ser escrita, firmada por mí o por mi parte, y entregada a las agencias / personas indicados anteriormente. Mi revocación será efectiva en el momento de recibirla, por no lo será en la medida que el Solicitante u otras personas hayan actuado en virtud de esta Autorización.

Revelación: Entiendo que el solicitante (el Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito por el Acto de los Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (FERPA por sus siglas en inglés) y que la información formará parte del registro educativo permanente del alumno. Se compartirá esta información con los individuos que trabajan en o con el Distrito Escolar con el intento de proporcionar entornos educativos que son seguros, apropiados y menos restrictivos y los servicios y programas de salud escolar.

Firma autorizando la divulgación de información:

Fecha: _____

(Firma del Alumno)	(Nombre en Letra del Alumno)
(Firma del Padre o Tutor)	(Nombre en letra del Padre o Tutor)
(*Firma del Padre Sustituto)	(Firma de. Testigo)

Esta firma permite la divulgación de información educacional sólamente.
Información adicional requerirá la firma del tutor.

Se mantiene la confidencialidad del cliente según el Código de Educación Sección 49069; el Código de Instituciones de Bienestar de California, Sección 4514, 42 Normas Federales de Confidencialidad (CFR por sus siglas en inglés) Parte 2

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Estas normas Federales le prohíben divulgar esta información a menos que se permita en forma escrita expresamente de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica no es suficiente para este fin. Las normas federales prohíben el uso de la información para investigar o proseguir cualquier paciente que abusa las drogas y el alcohol.

Toda información divulgada cumplirá con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Sanitarios (HIPPA por sus siglas en inglés) según la divulgación y la re-divulgación. Los recipientes están obligados a mantener protecciones de HIPPA y todos los materiales difundidos bajo estas condiciones.