



**HIPAA BILATERAL / FERPA CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR Y RECIBIR INFORMACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

La información / los registros incluyen, sin limitación, información de identificación personal según HIPAA o FERPA; registros académicos / administrativos oficiales del estudiante (identificación del nivel de grado completado, calificaciones, rango de clase, registros de asistencia y resultados de pruebas de aptitud y rendimiento); registros médicos, psiquiátricos, psicológicos u otros de salud mental (excluyendo las notas de asesoramiento); evaluaciones psicológicas o informes de trabajo social; IEP, 504, evaluaciones ELL o RtI e informes relacionados; todos los registros de **Educación especial** y registros de **Superdotados**, que incluyen, entre otros, el formulario de recomendación de estudiantes, el consentimiento para la evaluación, los derechos de los padres, la evaluación de la vista y la audición, las pruebas educativas, los IEP y los planes 504; informes de la agencia apropiada; participación en actividades extracurriculares; u otro (según lo especificado)\_\_\_\_\_.

**AUTORIZACIÓN**

Esta autorización es válida por un año calendario. Expirará el\_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito del retiro de mi consentimiento y que la revocación por escrito debe entregarse a la agencia / organización que autoricé a divulgar la información. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener atención médica y / o servicios educativos.

\_\_\_\_\_  
Firme del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si el estudiante tiene (18) años o mayor.

**POR FAVOR ENVÍE LOS REGISTROS SOLICITADOS POR EL SISTEMA ESCOLAR A:**

Solicitado por: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_