



Greeley-Evans Weld County School District 6

1025 NINTH AVENUE | GREELEY, COLORADO 80631
970-348-6000 | WWW.GREELEYSCHOOLS.ORG

DIVISION DE
RENDIMIENTO ACADÉMICO

Servicios de Apoyo Estudiantil

4I-s

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

FECHA: _____

Nombre de Estudiante: _____ FdN: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Este permiso será válido comenzando el _____ y terminará el _____.

Este consentimiento autoriza a las siguientes agencias a revelar e intercambiar información confidencial sobre este estudiante.

DE:

Nombre de Agencia: _____
Dpto. de Agencia _____
Persona de Contacto: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código _____
Teléfono: _____
FAX: _____
Correo Electrónico _____

(solo archivos protegidos con clave)

A:

Nombre de Agencia: _____
Dpto. de Agencia _____
Persona de Contacto: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código _____
Teléfono: _____
FAX: _____
Email: _____

(solo archivos protegidos con clave)

Se solicitan revelar y/o intercambiar los expedientes marcados a continuación entre las agencias indicadas arriba.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometría | <input type="checkbox"/> Educacional | <input type="checkbox"/> Historia Social |
| <input type="checkbox"/> Historial Médico/Salud | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Trabajo Social |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Consejería |
| <input type="checkbox"/> Expedientes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Terapia de Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Expediente de Tratamiento Residencial |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Regresar Consentimiento para Revelar Información Confidencial a:

Toda la información revelada o asegurada estará en conformidad con la Ley Familiar de Derechos Educativos y de Privacidad (FERPA), y la Ley de Expedientes Abiertos de Colorado. Información adicional no será revelada o intercambiada sin la previa aprobación de los padres, excepto lo establecido por la ley.

SI NO Yo entiendo que el consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento por escrito, excepto a la extensión que la persona/organización ha tomado acción a la solicitud. Por este medio yo autorizo la transferencia de información según lo estipulado arriba.

SI NO Yo entiendo que la información revelada puede ser sujeta a ser de nuevo revelada por el recipiente y pudiera ya no ser protegida por la Ley de Privacidad HIPAA.

Firma de Padres/Tutores/Estudiante Adulto

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Revisado 6.14