

# Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act) (FERPA)



Autorización para la divulgación de información

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act), con algunas excepciones, Liberty Public Schools no puede dar información sobre su hijo(a) a personas externas. Si quiere que el distrito pueda dar información a determinadas personas sobre su hijo(a), puede elegir una persona o agencia con la que el distrito pueda hablar. Por ejemplo, puede autorizar al distrito a proporcionar determinada o toda la información a los padrastros, abuelos u otros parientes del estudiante, así como a un amigo de la familia o a otra persona o agencia elegida.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Liberty Public Schools a divulgar información sobre mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a las siguientes personas o agencias \_\_\_\_\_.

Indique el correo electrónico o el número de fax o de teléfono de la agencia: \_\_\_\_\_.

Autorizo la divulgación de la siguiente información:

Toda la información médica, social, psicológica, psiquiátrica, educativa y otra información

pertinente Autorizo la divulgación solo de la siguiente información seleccionada:

Toda la información médica

Toda la información social

Toda la información psicológica

Toda la información psiquiátrica

Toda la información educativa

Otro tipo de información: \_\_\_\_\_

Esta autorización expira el: \_\_\_\_\_ (Si se deja en blanco, esta autorización expirará a los 365 días de la fecha indicada).

Comprendo que no tengo obligación de firmar esta autorización y que, si la firmo, puedo revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización.

Comprendo que la historia clínica puede incluir información sobre el VIH, los antecedentes psiquiátricos o el consumo de sustancias. Esta información puede estar protegida por las leyes y reglamentos federales y estatales.

Autorizo a la persona o a la agencia arriba mencionada a hablar con la escuela o el personal de la escuela sobre mi hijo(a) y la información que esa persona o agencia comparte con la escuela o el personal de la escuela. También autorizo a la escuela y al personal de la escuela a compartir la información educativa y otros asuntos confidenciales sobre mi hijo(a), y a hablar de estos con la persona y la agencia arriba mencionada.

Con mi firma, se indica que autorizo la divulgación de información a las personas indicadas. También se indica que autorizo a los funcionarios de la escuela a divulgar información relacionada con la educación del niño o los niños mencionados en formato electrónico.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre, madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)