

NORWALK - LA MIRADA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

12820 Pioneer Blvd., Norwalk, CA 90650-2894

(562) 868-0431

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD
Y INFORMACIÓN RELEVANTE A EDUCACIÓN**

Al llenar este documento autoriza la revelación y/o el uso de información relevante a educación individual de identidad y salud, como se indica enseguida, de acuerdo con la ley Federal y de California concerniente al derecho privado de dicha información. Al no proveer toda la información requerida puede invalidar esta autorización.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

Yo, el que aquí firma, autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de cuidado medico):

(1) _____ (2) _____
a proveer información del expediente y/o relevante a la educación medico del menor antes mencionado a:

_____ Distrito escolar al cual se revelo la información Persona y/o Escuela/Departamento

_____ Código Postal/Numero de Teléfono/Ext.

La revelación de información medica y educativo es requerida por el siguiente propósito:

Información requerida deberá ser limitada a lo siguiente:

Toda información medica; o Información de enfermedad especifica o educativo como aquí se describe:

DURACION:

Esta autorización deberá ser efectiva inmediatamente y deberá mantenerse en efecto hasta _____ (fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmo.

LIMITACIONES:

La ley de California prohíbe al peticionario revelar mas adelante mi información, a menos que el peticionario obtenga otra autorización de mi parte o que tal revelación sea requerida específicamente o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Tengo entendido que yo tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revoca debe ser por escrito, firmada por mi en mi nombre, y entregada a las agencias/personas aquí nombradas. Mi revoca será efectiva cuando sea recibida, pero no será efectiva en la extensión de que el peticionario u otros hayan actuado valiéndose de esta autorización.

SOBRE REVELACIÓN:

Tengo entendido que el peticionario (Distrito Escolar) protegerá esta información por medio de la Ley de Protección de Los Derechos de Igualdad de la Familia (FERPA) y que la información pasa a ser parte del expediente educacional permanente del estudiante. La información será compartida con individuos trabajando en/con el distrito escolar, con el propósito de proveer un ambiente educacional seguro, apropiado y el menos restringido, así como servicios y programas de salud. Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. La firma de esta Autorización puede ser requerida para que estudiante pueda obtener servicios apropiados en el ambiente educacional.

APROVACION:

_____ Nombre impreso Firma Fecha

_____ Relación con el estudiante Código Postal/Numero de Teléfono/Ext.