

**MEMBERS OF THE BOARD**

**WENDY SIMS-MOTEN, PRESIDENT**  
**GABE ESCOBEDO**  
**ROSE MUÑOZ**  
**WILLIAM BANNING**  
**SUNITA BEALL**



**Santa Barbara Unified**  
Every child, every chance, every day.

Main Office  
720 Santa Barbara Street  
Santa Barbara, CA 93101  
Phone: 805.963.4338 | TDD: 805.963.7734

**DR. HILDA MALDONADO**  
Superintendent

**Autorización de los padres y tutores para la divulgación de información**

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Grado:	Escuela:	Número de ID:

Este consentimiento se utilizará para la divulgación bidireccional de información que se compartirá entre las agencias y/o profesionales indicados a continuación, según se describe. La información recibida se examinará solamente por los profesionales apropiados de acuerdo con la Ley de derechos educativos y privacidad familiar (FERPA, por sus siglas en inglés). Yo autorizo que la información sea divulgada y recibida por:

Nombre de la persona o agencia		Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara
Domicilio		720 Santa Barbara Street Santa Barbara, CA 93101
Teléfono		(805)963-4331, extensión _____
Fax		
Correo electrónico		
Persona de contacto		
Nombre de la escuela		

Al firmar, confirmo que se podrá intercambiar información y comunicación entre las partes en relación a lo siguiente:

- Registros educativos y/o información
- Registros/información psicológica o de salud mental
- Registros/información médica o de salud física
- Desarrollo
- Otros: (Especifique) \_\_\_\_\_

En caso de que la información médica que se desea divulgar contenga alguno de los tipos de información enumerados a continuación, se podrían aplicar leyes adicionales en relación al uso y divulgación de dicha información. Comprendo y acepto que esta información se divulgará solo si coloco mis iniciales junto a los registros específicos que se divulgarán.

- Abuso/tratamiento y diagnóstico de drogas/alcohol
- Diagnóstico/tratamiento y pruebas de VIH/SIDA
- Salud conductual
- Pruebas genéticas

El destinatario podrá utilizar los expedientes divulgados únicamente para los siguientes fines:

- Evaluación educativa
- Planificación educativa
- Otros: \_\_\_\_\_

**Expiración:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha en la que se firme o hasta (indique una fecha concreta): \_\_\_\_\_

**Sus derechos:**

1. Comprendo que tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento, presentando una solicitud por escrito al distrito escolar. Esta revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, pero no se aplicará a la información facilitada previamente a la revocación por escrito.
2. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización en caso de que la solicite.
3. La información facilitada tras la recepción de esta autorización podría ser divulgada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, HIPPA, por sus siglas en inglés); sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe la información sobre la salud realizar nuevas divulgaciones de la información a menos que se obtenga de mí otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
4. La confidencialidad de la información cuando se divulga está protegida en calidad de expediente estudiantil, en virtud de la Ley de derechos educativos y privacidad familiar. Este acuerdo entrará en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma o hasta \_\_\_\_\_. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de la autorización correspondiente.
5. Por ley, cualquier información recibida por la escuela pública debe ser incluida en los registros del estudiante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que una copia original.

Al firmar esta autorización de divulgación de información, estoy de acuerdo en que estoy concediendo permiso para que los registros verbales o escritos y/o la información sean divulgados, comunicados y compartidos entre las dos agencias/profesionales mencionados previamente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

Formulario #1/2024