

AUTORIZACIÓN PARA HACER DISPONIBLES LOS ARCHIVOS E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN



Nombre de alumno:	
Fecha de nacimiento:	

Yo doy mi consentimiento para que el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay revele los archivos estudiantiles y/o intercambie información verbalmente y/o por escrito tal como se especifica a continuación en conformidad con el Wis. Stat. § 118.125 y con el Acta de Derechos de la Familia a la Educación y de Privacidad (34 C.F.R. 99.30). Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario.

Nombre de la agencia a quien se le revelará la información:			
Persona de contacto (si aplica):			
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	
Objetivo de revelar la información:			
Yo autorizo los siguientes métodos para revelar e intercambiar los archivos de información estudiantil (marque todos los que apliquen)	☒ Documentos por escrito	☒ Intercambio verbal	

La información específica para ser revelada y/o intercambiada es (marque todos los que apliquen):

☒ Archivos de Progreso (incluyendo calificaciones, resultados de exámenes, vacunas, cursos tomados y actividades co-curriculares) ☒ Archivos de Comportamiento (incluyendo resultados de exámenes, archivos disciplinarios, archivos de Alumnos del Lenguaje Inglés(ELL) , plan 504, resultados de evaluaciones psicológicas, archivos del educación especial) ☒ Archivos de la Salud del Estudiante (incluyendo reportes de accidentes/ lesiones, archivos de evaluaciones de salud, planes de salud individual, evaluación de visión, la tarjeta física)	Archivos de Salud del Paciente (marque todos los que apliquen): ☐ Archivos Generales de Salud ☐ Archivos de Salud Mental ☐ Archivos de abuso de Alcohol/Drogas ☐ Archivos de HIV (SIDA) ☒ Otro (especifique): <u>Alergias</u> Revelación de Educación Especial: ☒ Programas de Educación Individual (IEPs) ☐ Participación en las reuniones del Programa de Educación Individualizada (IEP)	Otros (marque todos los que apliquen o especifique): ☐ Archivos de asistencia ☐ Registro de Calificaciones ☐ Matrículas ☐ Archivos Psicológicos ☐ Archivos de Agencias (tal como: Dept. de Niños y Familias o archivos policiales) ☐ Comunicación escrita ☒ Otro (especifique): <u>Confirmación verbal con los empleados del distrito apropiados</u>
Periodo de tiempo por el que se solicitan los archivos: _____ a _____ o ☐ Toda la matrícula		

Además yo entiendo que:

1. Tengo el derecho a obtener una copia de los archivos que están siendo revelados y el derecho de obtener una copia de esta autorización (puede que se imponga una cuota para las copias de los archivos de educación especial)
2. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida que la divulgación ya se ha hecho a base de esta autorización. Entiendo que mi revocación sólo es efectiva si se hace por escrito y se presenta a la agencia que está revelando la información.
3. Si la información de la salud de mi hijo/a ha sido revelada en virtud de esta autorización, puede que esté sujeta a una nueva divulgación por la persona que recibió la información de salud y puede que no sea protegida bajo la federal.
4. Un proveedor de salud no podrá basar su tratamiento de cuidado de salud, pago o elegibilidad de beneficios de planes de salud a base de si esta autorización sea firmada o no.

Esta autorización está vigente hasta el 15 de septiembre del ciclo escolar subsecuente a menos que sea revocada tal como se describió anteriormente. Una copia de este formulario es efectiva tal como el original. Yo certifico que soy el padre de familia/apoderado legal del estudiante, o que soy el estudiante y de mayor edad, y tengo la autoridad de firmar esta solicitud de divulgación de archivos.

Firma de padres de familia/apoderado legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre escrito: _____ Relación con el estudiante: _____

(Si es de 18 años de edad o mayor /14 años de edad o mayor, si se solicitan los Archivos de Salud Mental)

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____