

## AUTORIZACIÓN PARA HACER DISPONIBLES LOS ARCHIVOS E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN



<b>Nombre de alumno:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	

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.

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

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

<input type="checkbox"/> Archivos de Progreso (incluyendo calificaciones, resultados de exámenes, vacunas, cursos tomados y actividades co-curriculares) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)	<b>Archivos de Salud del Paciente (marque todos los que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Archivos Generales de Salud <input type="checkbox"/> Archivos de Salud Mental <input type="checkbox"/> Archivos de abuso de Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> Archivos de HIV (SIDA) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <b>Revelación de Educación Especial:</b> <input type="checkbox"/> Programas de Educación Individual (IEPs) <input type="checkbox"/> Participación en las reuniones del Programa de Educación Individualizada (IEP)	<b>Otros (marque todos los que apliquen o especifique):</b> <input type="checkbox"/> Archivos de asistencia <input type="checkbox"/> Registro de Calificaciones <input type="checkbox"/> Matrículas <input type="checkbox"/> Archivos Psicológicos <input type="checkbox"/> Archivos de Agencias (tal como: Dept. de Niños y Familias o archivos policiales ) <input type="checkbox"/> Comunicación escrita <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ _____ _____
---	---	--

**Periodo de tiempo por el que se solicitan los archivos:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ o  **Toda la matrícula**

**Además yo entiendo que:**

- 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)
- 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.
- 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.
- 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: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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