

**UPPER LAKE UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
EDUCATING EACH OF THE STUDENTS TO HIS OR HER MAXIMUM POTENTIAL



**BOARD OF TRUSTEES**

Diane Plante  
Frank Gudmundson  
Joanne Bretton  
Claudine Pedroncelli  
Ana Santana

675 Clover Valley Road  
Upper Lake, California 95485  
(707) 275-2655 - Telephone  
(707) 275-9750 - Fax

**SUPERINTENDENT**  
Dr. Giovanni H. Annous

**CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN**

**NOMBRE DEL NIÑO/A:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DISTRITO/ESCUELA:** \_\_\_\_\_

Se deberá obtener permiso por escrito de los padres antes de divulgar información personal identificable por escrito u oral a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge con cuáles agencias intercambia información.
- Usted puede rehusar firmar este formulario.
- La información acerca de su hijo/a y su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién fue compartida.
- Este récord ayudará en la evaluación, examen y desarrollo del plan IEP de su hijo/a.
- Usted tiene el derecho de revisar el récord.
- Sus derechos están reservados bajo el Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Educación Derechos Familiares de 1974, Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34 del Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
- Este consentimiento es vigente por un año a meno que usted lo retire antes del año.

Doy permiso a las siguientes agencias para intercambiar información relevante a las necesidades educativas de mi hijo. Inicialice las casillas a continuación para permitir el intercambio de información sobre su hijo con la agencia(s) especificadas.

(El espacio después del nombre de la agencia debe usarse para información de teléfono y/o fax)

- |                                                                           |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audiologo(a): _____                              | <input type="checkbox"/> OT y/o PT: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Servicios para niños de California: _____        | <input type="checkbox"/> Otros especialistas médicos: _____        |
| <input type="checkbox"/> Recursos comunitarios de cuidado infantil: _____ | <input type="checkbox"/> Medico de atencion primaria/clinica _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficinas de educación del condado: _____         | <input type="checkbox"/> Enfermería de salud pública: _____        |
| <input type="checkbox"/> Lake Co. Beh. Health: _____                      | <input type="checkbox"/> Centro regional: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Centros de recursos familiares: _____            | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Dept. de Servicios Humanos/Sociales(CWS): _____  | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Programa de desarrollo infantil: _____           | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____                             |

*Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.*

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Atencion: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax/Correo electronico: \_\_\_\_\_