Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa
Centro de servicios del alumno
2465 Dolan Way, San Pablo, CA 94806
Teléfono (510) 741-2801 Fax (510) 724-8829

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

A. Información sobre el alumno / paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Número del registro médico (si es aplicable): _____
Escuela anterior: _____ Escuela actual: _____

B. Información sobre la instrucción / salud para ser compartida de:

Agencia/persona: _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

C. Información sobre la instrucción / salud para ser compartida y usada por:

Agencia / persona: _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorizo al Distrito para compartir la información sobre la instrucción /salud a las agencias o personas siguientes para el propósito declarado abajo (adjunte páginas adicionales si fuese necesario):

Agencia / persona: _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Agencia / persona: _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

D. Propósito del pedido de la información sobre la instrucción / salud

❑ Compartir la información sobre la instrucción / salud por pedido del padre / encargado / o representante legal del alumno
❑ Proveer y planificar los servicios educativos para el alumno
❑ Otro: _____

E. Tipo / descripción de la información de la instrucción / salud que será compartida

❑ Antecedentes y exámenes físicos ❑ Información sobre el tratamiento ❑ Archivo psicológico
❑ Informaciones médicas actuales ❑ Archivo de la salud mental ❑ Fecha del IEP / SST
❑ Archivo de las vacunas ❑ Resúmenes de las admisiones y dadas de alta
❑ Otros / Comentarios: _____
_____
_____

(Por favor, véase la página de atrás)

E. Expiración de la autorización

A no ser que de otra manera sea revocada, esta autorización es efectiva con mi firma y expira en la fecha _____ (Escriba la fecha o circunstancia). Si no está indicada la fecha, esta autorización expirará a los 12 meses de la fecha de la firma de esta autorización.

G. Firma

Con mi firma debajo, autorizo para dar y usar la información sobre la instrucción / salud especificada arriba, y además reconozco que he leído y comprendo las restricciones y derechos de esta autorización.

Firma del padre /encargado: _____ Fecha: _____
Nombre en letra imprenta: _____ Relación con el alumno: _____

Restricciones y derechos de la autorización

1. Firmar esta autorización es voluntaria. Usted puede rehusar firmar esta autorización. Rehusando firmar esta autorización no afectará el compromiso del Distrito de dar una instrucción de calidad a su hijo. Sin embargo, sin la información apropiada sobre la instrucción / salud, el Distrito podría no planificar de manera apropiada y dar los servicios educativos apropiados a su hijo.

2. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Para revocar esta autorización, usted debe dar el nombre de la organización o persona de la lista de la Sección B de esta autorización con un pedido por escrito para revocar esta autorización. La revocación entrará en efecto cuando la organización o persona de la lista de la Sección B reciba su revocación. Cualquier información dada antes de recibida su revocación por la organización o persona de la lista de la Sección B puede ser usada como lo permite en esta autorización. Por favor, dé al Distrito una copia de la revocación.

3. Usted tiene derecho a recibir una copia firmada de esta autorización. Cuando usted pida, se le dará una copia de esta autorización.

4. La ley requiere que el Distrito, y muchas otras organizaciones y personas, tales como doctores, hospitales, y planes de salud, mantenga confidencial las informaciones sobre la instrucción y salud de su niño. Si usted autoriza compartir las informaciones sobre la instrucción y salud de su hijo a personas o entidades que legalmente no se les requiere mantener la confidencialidad, la información puede ser compartida y ya no está protegida por ley estatal ni federal.

5. Una fotocopia o copia por fax de esta autorización es válida como la original.