

**DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE WAUNAKEE
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INSTRUCCIONES: PASO 1: Complete la sección *Declaraciones de Autorización* debajo marcando **UNA O AMBAS** declaraciones. Para permitir el intercambio de información entre el Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee y el individuo/entidad identificada, por favor marque ambas Declaraciones de Autorización. **PASO 2:** Complete la sección *Información a ser Divulgada* marcando la información que puede ser divulgada. **PASO 3:** Complete la sección *Propósito de la Divulgación* marcando el propósito de divulgación apropiado. **PASO 4:** Revise la sección *Reconocimientos y Firma*; y firme la autorización.

DECLARACIONES DE AUTORIZACIÓN

- DIVULGACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO ESCOLAR.** Autorizo al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee a divulgar de cualquier manera (incluyendo de manera escrita, oral o electrónica) la información indicada debajo respecto al estudiante, a:
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Dirección: _____ | Dirección: _____ |
| Teléfono: _____ | Teléfono: _____ |
| Correo electrónico: _____ | Correo electrónico: _____ |
- DIVULGACIÓN AL DISTRITO ESCOLAR.** Autorizo a (agregue el nombre del individuo, organización, o agencia) a divulgar de cualquier manera (incluyendo de manera escrita, oral o electrónica) la información indicada debajo al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee.
- Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Información/Records

- Récords de progreso
 Récords de Conducta
 Récords de Salud Física del estudiante desarrollo
 Reportes de IEP/Evaluación

Información/Récords:

Otro (especifique) _____

Educativos Información/Récords Médicos

- Información Médica del paciente (especifique o indique "todo")
 Récords de Educación Especial

Récords Psicológicos

- Reporte(s) de Evaluación de proveedor externo
 Récords(s) de Inmunizaciones

- Récords de Salud Mental
 Récords de VIH (SIDA)
 Discapacidades del

Otra

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programación y Servicio Educacional | <input type="checkbox"/> Evaluación y Planeación Médica |
| <input type="checkbox"/> Evaluación y Tratamiento Médico | <input type="checkbox"/> Planeamiento de transición |
| <input type="checkbox"/> Otro: | |

RECONOCIMIENTOS Y FIRMAS

Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información Médica que se va a usar o divulgar--- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado a que se use o divulgue en este formato de autorización. Puedo coordinar la inspección de mi información médica u obtener copias de mi información médica al contactar al departamento de información médica o a la escuela.

Derecho a Recibir Copia de esta Autorización---Entiendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, lo cual no es requisito, se me debe proveer con una copia firmada del formato.

Derecho a rehusarme a firmar esta Autorización--- Entiendo que no estoy bajo ninguna obligación de firmar este formato, y que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicadas arriba a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de cuidados de salud basándose en mi decisión de firmar esta autorización. **Derecho a revocar esta Autorización---** Entiendo que se necesita notificación escrita para cancelar esta autorización. Para obtener información respecto a cómo revocar mi autorización o para recibir una copia de mi revocación, puedo contactar al departamento de información médica o a la escuela. Soy consciente que mi revocación no será efectiva para los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicadas arriba ya hayan hecho en referencia a esta autorización.

Volver a divulgar---Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizadas por este formato a recibir su información médica no son proveedores de cuidados médicos u otras personas sujetas a las leyes federales de privacidad médica, la información médica que ellos reciban puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y a esas personas se les puede permitir volver a divulgar su información medica sin su permiso previo.

Este permiso es válido por un año. Una copia de este formato es igual de efectiva que la original. Certifico que soy el padre de familia, tutor legal, representante personal del estudiante mencionado arriba, o que soy el estudiante y con edad apropiada, y que tengo la autoridad de firmar esta autorización.

Firma: _____ Nombre Escrito: _____
 Relación con el Estudiante: _____ Fecha: _____

(estudiante, padre de familia, tutor legal, o representante personal)

- Marque aquí sí solicita una copia de los records educativos a ser divulgados por el Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee (puede que se imponga una tarifa por copias de los records).