

Nombre del alumno:
ID del alumno:
WA SSID:
Fecha de nacimiento:

Walla Walla School District
364 S. PARK ST
Walla Walla WA, 99362-3249
509-526-6729

Autorización para la divulgación de registros

Propósito: Como padre, tutor o estudiante, usted tiene derecho a dar permiso o no para la divulgación de los registros de su hijo a otras personas o agencias. Esta solicitud le brinda la oportunidad de aprobar o negar dicha solicitud a menos que se permita la divulgación de registros bajo una de las excepciones bajo las reglas que implementan la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, transferencia de registros de un distrito escolar a otro).

Fecha: _____ Padre(s): _____

Por la presente autorizo la divulgación de registros:

Petición hecha a:

Petición por parte de:

(Nombre de la agencia o persona)	(Nombre de la agencia o persona haciendo la petición)
calle y número	calle y número
calle y número	calle y número
ciudad, estado y código postal	ciudad, estado y código postal
número de teléfono / fax	número de teléfono / fax
correo electrónico	correo electrónico

Describa los registros que se divulgarán:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de salud | <input type="checkbox"/> Transcripciones |
| <input type="checkbox"/> Registros psicológicos y de asesoramiento | <input type="checkbox"/> Comunicación / intercambio de información entre la agencia y la escuela |
| <input type="checkbox"/> Registros de educación especial | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Divulgación que requiere consentimiento específico: Se requiere consentimiento específico para divulgar la siguiente información. También se requiere el consentimiento del estudiante a las edades especificadas entre paréntesis a continuación. Los registros de salud mental están protegidos por RCW 71.05.390 y Capítulo 71.34 RCW. Los registros de abuso y tratamiento de drogas y alcohol están protegidos por 42 C.F.R. § 2; la información relacionada con el VIH/SIDA o las enfermedades de transmisión sexual está protegida por RCW 70.24.105.

Autorizo específicamente la divulgación de registros relacionados con:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado reproductivo (siempre se requiere el consentimiento del estudiante) | <input type="checkbox"/> Salud mental / enfermedad (13 años en adelante) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual o VIH / SIDA (14 años en adelante) | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol (13 años en adelante) |

La razón por la divulgación del(los) registro(s) es:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Proceso de evaluación o reevaluación | <input type="checkbox"/> Se está desarrollando un IEP |
| <input type="checkbox"/> Revisión del programa | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Al firmar esta autorización de divulgación de información o registros médicos, comprendo que el proveedor de dichos registros o información no puede garantizar ni asegurar que el destinatario no divulgará o volverá a divulgar dichos registros o información a terceros. También comprendo que el proveedor no puede garantizar que dichos registros o información permanezcan protegidos por la ley federal o estatal. Comprendo que cuando dichos registros o información se proporcionan a un distrito escolar donde está inscrito mi estudiante, la divulgación posterior de dichos registros o información que ya no estén protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), puede, no obstante, estar regulada por otra ley federal (como la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (FERPA, por sus siglas en inglés)) o la ley estatal correspondiente. Comprendo que una vez que la información se haya divulgado de acuerdo con los términos de esta autorización, no se podrá retirar.

A quienes reciben información según esta autorización: Esta información que se les divulga está protegida por la ley estatal y federal. Se les prohíbe divulgarla a cualquier agencia o persona que no esté incluida en este formulario sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información no es suficiente. Consulte el Capítulo 70.02.005-904 RCW. *El sobre debe estar marcado como "CONFIDENCIAL".*

Esta autorización es válida desde _____ hasta _____

Firma del padre o tutor legal

Fecha