



Una tradición de excelencia

AUTORIZACIÓN PARA LA RENUNCIA / EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, _____ autorizo el intercambio de comunicaciones
(Escriba el nombre de padre/tutor/estudiante si 18 o mayor)

y la renuncia/el intercambio de los siguientes documentos o información confidencial o

comunicaciones relativas a _____ (de aquí en adelante "el/la
estudiante") entre Hinsdale Township High School District 86 sus agentes y empleados y

(Escriba el nombre de la persona/la agencia)

☐

Evaluación psicológica

☐

Reportes médicos/psiquiátricos

☐

Estudio del desarrollo social

☐

Planes de educación individualizada

☐

Evaluación de lengua y expresión

☐

Informes de progreso

☐

Historia de la salud

Otros: _____

Estas revelaciones se autorizan por 20 U.S.C. sección 1232 g, 105 ILCS 10/1 et seq. y 740 ILCS 110/1 et seq. , * y están hechas para los siguientes propósitos:

(Escriba los propósitos)

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los documentos y la información para ser revelados, desafiar su contenido y limitar mi consentimiento a los documentos designados o partes de la información o comunicación contenida en esos documentos. También entiendo que mi rechazo a consentir al intercambio de documentos y comunicaciones podría resultar en un retraso de los servicios educativos.

Esta autorización expira un año a partir de la fecha que se indica a continuación. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

(si el estudiante es menor de 18 años y/o la
Delegación de derechos se ha obtenido)

FECHA

FIRMA DEL/DE LA ESTUDIANTE

(Requerido para los registros de salud
mental/discapacidad del desarrollo, si el estudiante
tiene 12 años o más, con la excepción de los registros
de servicios específicos de salud mental o
discapacidad del desarrollo a los que el padre/tutor
haya dado su consentimiento en nombre del
estudiante para servicios de educación especial).

FECHA

* Nota: Antes de la revelación de información de salud protegida, los proveedores de servicios médicos podrían requerir que el padre/el tutor llevara a cabo un formulario de autorización adicional para cumplir con la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico "(HIPAA).
7/2017