|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Autorización para el Uso y/o Divulgación de Información** |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre: |       | Fecha de Nacimiento: |       | Expediente Médico #: |       |
| Escuela: |       | Distrito de Asistencia: |       |
| Dirección: |       | Cuidad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Teléfono Casa: |       | Celular: |       | Otro Teléfono: |       |
|  |  |  |  |  |  |
| **AUTORIZACIÓN** |
| **Autorizo a las siguientes personas para divulgar la información médica y/o educativa del estudiante antes mencionado:** |
|  |
| **ENTIDAD RECEPTORA** | Persona/Entidad **RecePTORA** de Información: |       |
|  |
| Dirección: |       | Cuidad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
|  |
| Teléfono de Contacto: |       | Fax: |       |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
| **ENTIDAD REVELADORA** | Persona/Entidad **REVELADORA** de Información: |       |
|  |
| Dirección: |       | Cuidad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
|  |
| Teléfono de Contacto: |       | Fax: |       |
|  |  |  |  |
|  |
| **DURACIÓN:** Esta autorización debe hacerse efectiva de inmediato y debe permanecer en vigencia hasta |  | o por |
| un año desde la fecha de la firma si no se ingresa una fecha. | **(Fecha)** |  |
|  |
| **REVOCACIÓN:** Yo, |  | entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en |
| cualquier momento enviando esa notificación escrita a la entidad que revela la información. La revocación escrita se hará efectiva al momento de recibirla pero no aplica para la información que ya se ha revelado en respuesta a esta autorización. |
|  |
| **DIVULGACIÓN POSTERIOR:** Yo, |  | entiendo que la información educativa y médica utilizada o |
| revelada después de esta autorización puede estar sujeta a divulgación posterior del receptor y ya no está protegida por leyes federales y normas relacionadas con la privacidad de la información médica protegida. También entiendo que la confidencialidad de la información cuando esta es revelada a una entidad pública de educación está protegida como expediente académico según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). |
|  |
| **INFORMACIÓN MÉDICA:** Yo, |  | que la autorización de la divulgación de información médica es |
| voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formato para garantizar el tratamiento médico. |
|  |
| **ESPECIFICAR EXPEDIENTES(S):** | Indique el tipo de información que se va a revelar: |
|  | [ ]  | Médica/Medicamentos | [ ]  | Drogas/Alcohol |
|  | [ ]  | Salud mental/Psiquiátrica | [ ]  | Resultados Prueba VIH/ITS |
|  | [ ]  | Registros Educativos | [ ]  | Otro: |       |
|  |
| Solicito que la información revelada después de esta Autorización sea utilizada para los siguientes propósitos: |
|  | [ ]  | Evaluación Educativa | [ ]  | Planeación Educativa | [ ]  | Otro: |       |
|  |  |
| **LA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN ES TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PARA MI ARCHIVO PERSONAL.** |
|  |  |  |  |  |  |
| Fecha: |       | Firma del Estudiante/Representante: |  | Relación con el Estudiante: |       |
| Fecha: |       | Firma del Padre/Tutor: |  |