|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |