

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION/RECORDS

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

FDN del Estudiante: _____ Distrito Escolar: _____

Yo autorizo por éste medio pasar la información/records:

De: _____ A: _____

(Nombre de la agencia/persona)

(Nombre de la Agencia/persona)

Número y nombre de la calle/domicilio

Número y nombre de la calle/domicilio

Ciudad, Estado y Código Postal

Ciudad, Estado, y Código Postal

Describa los documentos/información que se van a pasar:

El motivo por el cual se esta pasando la información/records es:

Yo entiendo que la información obtenida será tratado de una manera confidencial por el distrito escolar bajo las provisiones de los Derechos Familiares Educativos y el Acta (FERPA), FERPA prohíbe el pasar información personalmente identificable sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas. Por favor sepa que si la petición es para información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito es protegida bajo los reglamentos de privacidad FERPA por el distrito escolar y no por la Movilidad de la Asegurancia de Salud y el Acta de Responsabilidad (HIPAA).

Esta autorización es válida de ____/____/____ a ____/____/____.

Nota: Para dar la información/records médicos, la autorización no debe pasar de 90 días después de que ésta autorización es firmada.

Yo entiendo que mi consentimiento para dar información/records es voluntaria y yo puedo quitar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ha sido proveída con anterioridad bajo el consentimiento anterior para dar la información.

Firma del Padre/Guardián/Estudiante

Fecha