

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS CONFIDENCIALES

Distrito Escolar Intermedio de Kent, Grand Rapids, Michigan

Nombre del estudiante _____ Fecha de Solicitud de Información/Registros _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Distrito/Escuela _____

PROVEEDOR

Estamos solicitando la información y los registros indicados de:

Nombre _____ Escuela/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

OBJETIVO

La información y los registros se solicitan por el siguiente propósito:

Programación educativa Otro (*Especifique*) _____

SOLICITUD

Iniciales

Información y registros solicitados

Comunicación escrita bidireccional periódica _____

Comunicación verbal bidireccional periódica _____

Informes de progreso y notas más recientes: _____

Plan Individual de Educación (*Individualized Education Plan*, o IEP) actual _____

Las determinaciones diagnósticas y del equipo de evaluación más actuales: _____

DESTINATARIO

Estamos solicitando que la información y los registros indicados se envíen a:

Nombre _____ Escuela/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS CONFIDENCIALES

Distrito Escolar Intermedio de Kent, Grand Rapids, Michigan

CONSENTIMIENTO

Mi firma a continuación significa que:

- Comprendo que mi autorización es voluntaria y que puedo retirarla en cualquier momento sin sanciones. La revocación de mi autorización no es retroactiva,
- Comprendo que la información sobre mi hijo se almacenará además en una base de datos sujeta a las mismas provisiones de confidencialidad,
- Comprendo que la confidencialidad de la información sobre mi hijo está protegida por leyes estatales y federales, incluyendo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (*Individuals with Disabilities Education Act*, o IDEA), la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (*Family Educational Rights and Privacy Act*, o FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, o HIPAA). La información protegida de salud (PHI o información que lo pueda identificar personalmente, PII) en los registros de mi hijo no se podrá divulgar, dar, vender o transferir de ninguna manera a ninguna otra agencia o programa no especificado en esta divulgación a menos que se especifique lo contrario en leyes federales o estatales.
- Comprendo que determinada información de directorio puede ser divulgada al distrito escolar por motivos de comunicación con los padres sobre posibles servicios preescolares, pero que el distrito escolar no puede volver a divulgar esta información a otras personas sin primero obtener consentimiento por escrito de los padres de conformidad con IDEA y FERPA.
- Comprendo que la divulgación de información de salud es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte mi capacidad para obtener tratamiento y servicios, pago por servicios o elegibilidad para obtener servicios a menos que esta información sea necesaria para reunir los criterios de elegibilidad o inscripción.
- He leído y comprendo este consentimiento (o me lo leyeron en un idioma que comprendo) y (elija uno)
 - Por la presente autorizo la divulgación de información marcadas con mis iniciales a las agencias designadas y sus representantes para participar en comunicación verbal, electrónica o escrita para poder compartir los registros y la información indicada arriba **por un año desde la fecha indicada a continuación.**
 - No autorizo que se comparta ninguna información en este momento.

Firma de consentimiento _____ Fecha _____

Firmado por Estudiante (tiene que tener por lo menos 18 años de edad) Padre o Madre Tutor Legal

Firma del testigo _____ Fecha _____

***Este formulario no permite que se comparta información sobre SIDA, CRS, VIH, TB, hepatitis, condición de salud mental o abuso de sustancias. Para estos propósitos se tiene que usar una autorización para compartir información específica.**

DIVULGACIÓN

La información y los registros solicitados fueron enviados al destinatario indicado arriba por:

Nombre _____ Fecha de envío _____