



**South Bend Community School Corporation
Special Education Department**

215 S. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd, South Bend, IN 46601
Ph: 574.393.6119 Fax: 574.283.8105

Autorización para Divulgar Información y Registros Médicos y Educativos

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID Estudiantil: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Yo autorizo a la **Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend (SBCSC—siglas en inglés)** y a la **Agencia** listada abajo a intercambiar entre ellos información y registros médicos y/o educativos (detallados más particularmente abajo) acerca del estudiante nombrado arriba:

Persona de Contacto: _____
Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend
Escuela: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Agencia: _____ Persona de Contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Registros que la SBCSC divulgará: Por favor identifique los tipos de registros que divulgará la SBCSC con la Agencia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos y de salud | <input type="checkbox"/> Calificaciones, transcripciones, desempeño de curso |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Calificaciones de exámenes |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes siquiátricos | <input type="checkbox"/> Registros de asistencia escolar |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes sicológicos | <input type="checkbox"/> Registros disciplinarios |
| <input type="checkbox"/> Registros de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Aplicaciones para becas y subvenciones |
| <input type="checkbox"/> Informes de trabajador social | <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial, incluyendo el Plan de Educación Individual (IEP—siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Registros de lenguaje/idioma | <input type="checkbox"/> Observaciones, valuaciones, y recomendaciones de maestros, consejero, y personal. |
| <input type="checkbox"/> Registros de terapia ocupacional y/o física | |
| <input type="checkbox"/> Correspondencia | |

Otro (por favor describa): _____

Al menos que sea indicado arriba de manera diferente, los registros que se intercambiarán son esos creados entre _____ (mes/año) y _____ (mes/año).

Registros que la Agencia divulgará: Por favor identifique los tipos de registros que divulgará la Agencia con la SBCSC.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos y de salud | <input type="checkbox"/> Registros de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Informes de trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Registros de lenguaje/idioma |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes psicológicos | <input type="checkbox"/> Registros de terapia ocupacional y/o física |
| <input type="checkbox"/> Correspondencia | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ | |

Al menos que sea indicado arriba de manera diferente, los registros que se intercambiarán son esos creados entre _____ (mes/año) y _____ (mes/año).

Propósito de la Divulgación: El propósito de esta divulgación es para:

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Por favor ponga sus iniciales junto a cada párrafo abajo en orden para permitir a la Agencia listada arriba divulgar la información descrita en la página uno (1), según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

Ponga sus iniciales abajo.

_____ Yo entiendo que la información proveída puede incluir, cuando sea aplicable, información acerca de enfermedades transmisibles, como una enfermedad transmitida sexualmente, virus de la inmunodeficiencia humana (infección de VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o algún complejo relacionada a SIDA), y cualquier otra enfermedad transmisible. También puede incluir información acerca de servicios de salud conductual o mental, y referencias y/o tratamiento para abuso de alcohol y drogas.

_____ Yo entiendo que si doy permiso, tengo el derecho de cambiar mi decisión y revocarlo. La revocación debe ser por escrito y entregado a la Agencia listado arriba. También entiendo que esta revocación no afectará cualquier uso o divulgaciones ya hechos con mi permiso. Además entiendo que la revocación no aplicará en la compañía de seguro cuando la ley le proporciona a mi compañía de seguro el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

_____ Yo entiendo que al menos que sea revocado por mí mismo(a), esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición. Si no especifico una fecha de expiración, evento, o condición, esta autorización expirará un año después de la fecha en que se firmó.

- Un año después de que el estudiante ya no esté inscrito en una escuela de SBCSC
 Otro: _____

Por favor especifique la fecha, evento, o condición

_____ Yo entiendo el autorizar la divulgación de información de salud es voluntario. Yo no necesito firmar esta autorización para asegurar tratamiento de cuidado de la salud; excepto, sin embargo, si mi tratamiento es solo para el propósito de crear información de salud para la divulgación a la SBCSC, la Agencia listado puede rehusarse a tratarme si no firmo esta autorización.

_____ También entiendo que cualquier divulgación de información contiene el potencial de una re-divulgación no-autorizada y que la información de salud protegida que fue divulgada conforme a esta autorización ya no está protegida por reglas de privacidad federales o estatales. También entiendo que la confidencialidad de esta información está protegida bajo la Ley de Derechos Familiares de Educación y Privacidad cuando es divulgada a una agencia de educación pública, incluyendo la SBCSC, y que solo puede ser divulgada como sea permitido por este Acto. Además entiendo que yo puedo solicitar una copia de esta Autorización firmada.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al estudiante (circule uno): Padre Guardián Legal Estudiante (si es de 18+ años de edad)

Autorización para Divulgación de Registros Educativos

Por favor ponga sus iniciales junto a cada párrafo abajo en orden para permitir a la SBCSC divulgar los registros educativos estudiantiles descritos en la página uno (1) a la Agencia listada arriba bajo la Ley de Derechos Familiares de Educación y Privacidad.

Ponga sus iniciales abajo.

_____ Yo entiendo que tengo el derecho a no dar mi consentimiento a la divulgación de los registros educativos de mi hijo(a).

_____ Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de estos registros al entregar una solicitud escrita a la Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend.

_____ Yo entiendo que si doy permiso, tengo el derecho de cambiar mi decisión y revocarlo. La revocación debe ser por escrito y entregado a la SBCSC. También entiendo que esta revocación no afectará cualquier uso o divulgaciones ya hechos con mi permiso.

_____ Yo entiendo que al menos que sea revocado por mí mismo(a), esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición. Si no especifico una fecha de expiración, evento, o condición, esta autorización expirará un año después de la fecha en que se firmó.

- Un año después de que el estudiante ya no esté inscrito en una escuela de SBCSC
- Otro: _____

Por favor especifique la fecha, evento, o condición

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al estudiante (circule uno): Padre Guardián Legal Estudiante (si es de 18+ años de edad)

ESTA INFORMACIÓN ES DIVULGADA SEGÚN LAS CONDICIONES DE LA LEY DE DERECHOS FAMILIARES DE EDUCACIÓN Y PRIVACIDAD (FERPA—*SIGLAS EN INGLÉS*) Y CUALQUIER OTROS LEYES Y REGULACIONES FEDERALES Y ESTATALES QUE PROHIBAN LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EDUCATIVA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO ESPECÍFICO DE LA PERSONA A QUIEN LE CORRESPONDA, O COMO SEA PERMITIDO DE OTRA MANERA.