

PLAN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA LOCAL DEL NORTH REGION (SELPA) Página ____ de ____
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

El uso y la distribución de este formulario son solamente para los empleados de las agencias de escuelas públicas dentro del Plan de Educación Especial del Área Local del North Region (SELPA)

Nombre del Alumno: _____ / /
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

_____ () - _____ () - _____
 Dirección del Alumno No. de Expediente Médico Número de Teléfono Número de Teléfono Alterno
 (si es pertinente)

YO AUTORIZO A LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN A DIVULGAR INFORMACIÓN EDUCATIVA Y MÉDICA DEL ALUMNO MENCIONADO ARRIBA COMO ES DESCRITO A CONTINUACIÓN

Parte Receptora Parte Reveladora

_____ **Persona u Organización** _____

_____ **Dirección** _____

_____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____

() - _____ () - _____
Teléfono **Fax**

Parte Receptora Parte Reveladora

_____ **Persona u Organización** _____

_____ **Dirección** _____

_____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____

() - _____ () - _____
Teléfono **Fax**

- Duración:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y estará en efecto hasta el / / , si no se indicó fecha será hasta el año a partir de la fecha en que se firmó.
- Revocación:** Yo comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento enviando un aviso por escrito a la agencia divulgadora de información. La revocación por escrito entrará en vigor en cuanto sea recibida, y no se aplicará a la información ya revelada respondiendo a ésta autorización.
- Re-Divulgación:** Yo comprendo que la información médica y educativa utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede a su vez ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no estará bajo el amparo de las leyes y reglamentos federales con respecto a la privacidad o protección de la información referente a la salud. Asimismo comprendo que la confidencialidad de la información que es divulgada a una agencia de educación pública está protegida como expediente del alumno bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA siglas en inglés).
- Información de Salud:** Yo comprendo que la autorización para divulgar información referente a la salud es voluntaria. Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento médico.
- Especificar Expedientes:** Indique el tipo de información a ser divulgada:
- Médico Medicamento Psiquiátrico Otro:
 Salud Mental Educativo Drogas-Alcohol

Toda y cualquier información referente a los expedientes de arriba pueden ser divulgados excepto los que se especifican a continuación:
El requisito para la consideración de servicios educativos depende de un diagnóstico calificativo de la parte reveladora.
Yo solicito que la información revelada conforme a esta autorización sea usada para los siguientes propósitos solamente:

- Evaluación Educativa Planificación Educativa Otro:

Un duplicado de esta autorización es tan válida como el original. Yo comprendo que tengo el derecho a recibir un duplicado de esta autorización para mis archivos. Yo comprendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener un duplicado de la información a ser utilizada o revelada.

_____ *Firma del Alumno o Representante del Alumno* _____ *Descripción del Parentesco con el Alumno* / / *Fecha*