Berkeley PUBLIC SCHOOLS
Berkeley Unified School District

Appendix E

Autorización para la Divulgación de Información acerca de la Salud y Educación

BERKELEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Personal que Refiere:	Teléfono:	Fecha de la Referencia:
Email:	Número de Fax:	
I. INFORMACIÓN GENERAL		
Estudiante:	DOB:	Edad:
Domicilio:		
Teléfono:	Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐	
Escuela:	Grado:	
Idioma Natal:		

II. POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA EL ESTUDIANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE

☐ Psicológica ☐ Diagnosis	☐ Historial Psiquiátrico ☐ Educacional	☐ Legal ☐ Otro	☐ Salud

III. PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR LEGAL

Yo doy mi consentimiento para la comunicación y el intercambio de información entre_____(Proveedor del Cuidado de Salud) y el personal Distrito/proveedores de contrato para conversar y compartir expedientes y condiciones pertinentes al estudiante mencionado anteriormente. Esta información es confidencial y no puede ser entregada a empleados de otras escuelas, agencias públicas o profesionales individuales en la práctica privada sin mi consentimiento; a menos que se obtenga otra autorización de parte mía o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley. De acuerdo con HIPAA, FERPA y las leyes pertinentes de California, toda la información personal y de salud es privada y debe ser protegida

La autorización debe ser válida hasta_____/_____/_____. Puede indicar una fecha después de la cual no se puede divulgar ninguna información. Si no se proporciona ninguna fecha, la autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma. Este consentimiento es voluntario.

Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha:
Diagnosis:	
Tratamiento:	
Medicamentos	

El Estudiante Debe:

- ☐ Asistir a la Escuela
- ☐ No Asistir a la Escuela Semanas(#) Mes(es): Fecha que se Espera que Regrese:
- ☐ Soy consciente del porcentaje de días que este estudiante no ha podido asistir a la escuela. Si el estudiante no puede asistir a la escuela, ¿necesita:
- ☐ Horario Reducido/Modificado Hasta:
- ☐ No P.E. (Educación Física) Hasta:

Otra Recomendación:

Firma del Proveedor:
Nombre letra de Molde:
Fax: Teléfono:
El personal de la escuela puede ponerse en contacto con el proveedor para pedirle aclaraciones/recomendaciones. La información solicitada es de carácter personal, por lo que en algunos casos puede ser mejor una conversación verbal.