



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa) _____

Yo, el padre/tutor abajo firmante del estudiante mencionado anteriormente, por la presente autorizo a Elim Christian Services y sus agentes y empleados a revelar/intercambiar los siguientes registros e información sobre mi hijo mencionado anteriormente con:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO # _____

CORREO ELECTRONICO _____

Descripción de registros/información que se divulgarán/intercambiarán:

- Programa de educación individualizada (IEP)
- Registros médicos/de salud
- Exámenes de visión y audición
- Evaluación Educativa
- Información OT/PT
- Informes de asistencia
- Reporte de progreso
- Notas de tratamiento y progreso
- Evaluación(es) del habla/lenguaje
- Planes de transición
- Evaluación Vocacional
- Informes de calificaciones
- Todos los registros escolares y de educación especial
- Registros de medicación
- Historia del desarrollo social
- Evaluación(es) psicológica(s)
- Evaluación(es) psiquiátrica(s)
- Informes disciplinarios
- Resúmenes terapéuticos
- Notas de terapia (*Iniciales requeridas* _____)
- Otro(a) _____

Estas divulgaciones están autorizadas por mí y deben realizarse con el propósito de:

- Planificación educativa/de tratamiento
- Fines Legales
- Otro(a) _____

Al firmar a continuación, el abajo firmante reconoce, comprende y acepta lo siguiente: **Redivulgación:** La información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no puede estar protegida por la ley federal y podría ser utilizada o divulgada nuevamente por la parte receptora, de conformidad con cualquier acuerdo que el abajo firmante pueda tener con dicha parte. **Negarse a firmar:** Negarse a firmar resultará en que los registros o la información no se divulguen ni se intercambien. **Revocación:** Existe el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento; sin embargo, dicha revocación no se aplicará al uso, intercambio o divulgación de registros/información que ya se hayan utilizado, intercambiado o divulgado de conformidad con esta autorización. **Inspeccionar, Copiar y Cuestionar:** Existe el derecho de inspeccionar y copiar, limitar o cuestionar el contenido de los registros que se solicitan antes de su publicación. El abajo firmante tiene derecho a recibir una copia de este formulario completo. **Información Sobre Abuso de Alcohol/Sustancias:** Si algún registro solicitado contiene información sobre el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, estos registros están protegidos por reglas federales de confidencialidad. Estas reglas prohíben la divulgación adicional de esta información a menos que el uso o divulgación adicional esté expresamente permitido mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitan las reglas federales. Una autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo es insuficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigaciones criminales o enjuiciamientos de cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas. **Copias/Firma Electrónicas:** Cualquier versión firmada enviada por correo electrónico, fax, copiada o electrónica de este documento, incluida la firma electrónica del abajo firmante en cualquier forma (es decir, firma/imagen digital, uso de símbolo, entregada/creada electrónicamente, enviada por correo electrónico, enviado por fax, PDF, JPEG u otro formato), tendrá la misma fuerza y efecto que el original. **Liberación:** El abajo firmante libera a Elim Christian Services de todas las responsabilidades legales que puedan surgir del uso, divulgación o nueva divulgación de registros médicos u otros registros y otra información de salud en virtud de esta autorización. **Autoridad:** El abajo firmante afirma que él/ella es el representante autorizado/padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente y que su identificación y prueba de autoridad es verdadera y correcta, y que tiene la autoridad para dar su consentimiento a la divulgación de información de conformidad con este comunicado. **Autorización:** El abajo firmante tiene la intención de autorizar la divulgación de los registros designados anteriormente según estos términos y condiciones.

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EL (insertar fecha): _____ / _____ / _____

Si no se especifica ninguna fecha de vencimiento o evento, esta autorización vencerá en la fecha en que fue firmada.

Nombre y firma del padre/madre

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del estudiante (si tiene 12 años o más)

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha