

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, _____ por la presente doy mi autorización para el
(Nombre del Padre/Tutor; Guardia; Estudiante mayor de 18 años)
intercambio de comunicaciones y la entrega/intercambio de los siguientes registros o
información confidencial y/o comunicaciones relacionadas con: _____

(Nombre del Estudiante)

(De aquí en adelante "El Estudiante") entre el Distrito Escolar 41 de Glen Ellyn y sus agentes y
personal escolar y:

(Nombre del Persona/Agencia)

_____ Evaluación Psicológica	_____ Reportes Psiquiátricos/Médicos
_____ Estudio Sobre Desarrollo Social	_____ Plan Individualizado de Educación (IEP)
_____ Evaluación de Habla y Lenguaje	_____ Reportes de Avance
_____ Historial de Salud	Otros: _____

Estas divulgaciones están autorizadas de conformidad con el 20 U.S.C. Sección 1232g, 105
ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq.,*y se harán para el/los siguiente(s) propósito(s):

(Razón del Intercambio de Información)

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros e información a ser
divulgada, desafiar su contenido y limitar mi autorización a ciertos registros o porciones de la
información o comunicaciones contenidas en estos registros. Esta autorización expira a un año
de la fecha indicada más adelante. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar
esté consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR
(Si el estudiantes es un menor de 18 años)

FECHA

* NOTA: Antes de la entrega de información protegida sobre salud, los proveedores de servicios médicos
requieren que el Padre/Tutor ejecutar una autorización adicional con el fin de cumplir con la Ley de
Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act
"HIPAA").

We make a difference. We embrace change together. We are a true team of professionals. We build the future.