

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools
Educando a nuestros estudiantes para que alcancen su máximo potencial

Número de serie **505.2.3P** Adoptado **January 1978** Revisado **September 2014**

Título **Consentimiento anticipado para compartir información privada con una entidad o un tercero**

Padre/acudiente: Este formulario permite que la información de su estudiante sea compartida. Por favor firmela y regrésenla a la escuela.

Nombre completo del estudiante _____
Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
Escuela _____ Grado _____

Nombre del padre/acudiente _____

Dirección del padre/acudiente _____

Yo autorizo a _____

Nombre y número del distrito escolar y persona responsable

Dirección

Marque la que corresponda: Para proveerle la siguiente información **a:**
 Para solicitarle la siguiente información **a:**

Nombre, cargo, organización (razón social)

Dirección

Propósito de la solicitud: _____

Los archivos escolares pueden ser revisados por el padre/acudiente o el estudiante (de 18 años de edad o mayor). Bajo petición previa se proveerá una copia de este formulario de consentimiento. Información que se suministrará/solicitará:

- | | |
|---|---|
| ___ Resultados de evaluaciones (exámenes) y otra información personal educativa de la carpeta acumulativa | ___ Informes de la oficina de Servicio Social |
| ___ Abuso de sustancias químicas/informes de Dependencia | ___ Informes de psiquiatría |
| ___ Expediente de salud | ___ Historia médica (incluidos servicios conexos) |
| ___ Observaciones de los consejeros, los profesores, personal escolar | ___ Información psicológica |
| ___ Estudio del niño(a), informes de educación especial (incluidos los servicios relacionados) | ___ Otros (especifique) _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

TENGA EN CUENTA QUE: Entiendo que esta autorización tiene efecto a partir del día en que la firme. Esta tiene efecto hasta el: _____ (mes, día, año) y no por un plazo superior a un año a partir de la fecha de la firma. También entiendo que puedo revocar (anular) esta autorización en cualquier momento, mediante una solicitud escrita dirigida a la persona identificada en la parte superior de este formulario, o a la directora del plantel escolar. Yo puedo reusarme a firmar esta autorización y esto no interferirá para que mi hijo/a reciba servicios educativos. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de ésta autorización. Entiendo que las leyes que protegen la información publicada pueden permitir o requerir que ésta sea publicada nuevamente, pero únicamente hasta donde la ley lo permite.

DECLARACION HIPAA: Si éste formulario de consentimiento (autorización) se provee para compartir "Información de Salud Protegida" (PHI: protected health information) como está definido por la Ley de Privacidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act), entiendo que una nueva publicación de la información del, PHI hecha por el receptor, ya no puede ser protegida por HIPAA. El tratamiento, el pago, el registro o elegibilidad de beneficios de un plan de salud o de un proveedor de cuidado de salud no puede estar condicionado a la obtención de consentimiento o autorización.

Firma _____ Fecha _____

Padre/acudiente o estudiante (de 18 años de edad o mayor)

Las fotocopias son aceptadas como original

Copias: ___ Archivo de Estudio del Niño (si existe uno) ___ Carpeta acumulativa ___ Otro _____