

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

Spanish

Número de serie **505.2.3P** Adoptado **January 1978** Revisado **May 2018**

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 regrésela 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 ciudad estado cremallera*

*Número de teléfono correo electrónico número de fax*

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

*Nombre, cargo, organización (razón social)*

*Dirección ciudad estado cremallera*

*Número de teléfono correo electrónico número de fax*

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 \_\_\_\_\_  
Procedures/505.2.3P Spanish/5-18-18