



Escuela Cristiana Elim
Consentimiento Para Divulgación de Información

Mi firma a continuación constituye una autorización para la divulgación de información, verbal o escrita, relevante para los servicios prestados a mi estudiante. Esto incluye todos los registros escolares y la información específica que se describe a continuación.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorizo a **Escuela Cristiana Elim, 13020 S Central Avenue, Crestwood Illinois 60418 (Teléfono: 708.389.0555)** a divulgar y/o intercambiar libremente con la siguiente agencia/individuo, los registros escolares protegidos, la salud mental y la información de salud, como se indica específicamente a continuación, del estudiante mencionado anteriormente:

Nombre de la agencia/Individuo y Persona de Contacto (si es agencia)

()

Teléfono

Correo electrónico

Dirección

CiudadEstadoCódigo Postal

Autorizo la divulgación de los siguientes registros escolares protegidos, salud mental e información de salud según lo autorizado por este formulario de consentimiento: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Escolares | <input type="checkbox"/> Pruebas Estandarizadas |
| <input type="checkbox"/> Planes de Educación Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Mediciones Basadas en el Currículo |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones e Informes de progreso | <input type="checkbox"/> Registros de Enfermería/Medicación |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos/órdenes médicos | <input type="checkbox"/> Historial y Físico Examen |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrico/Psicológico | <input type="checkbox"/> Resumen de Tratamiento Planes/Integrados de Evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> Trabajo social / Notas de progreso del terapeuta | <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal - Sin Restricciones |
| <input type="checkbox"/> Planes Sección 504 | <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal – Restricciones |
| <input type="checkbox"/> Toda la información, sin restricciones | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

ESTA VERSIÓN CADUCA UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DE FIRMA, QUE ES EL: _____

El propósito de la divulgación de esta información es para la planificación educativa y / o de tratamiento. El abajo firmante reconoce que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no puede estar protegida por la ley federal y podría ser utilizada o redivulgada por la parte receptora, de conformidad con cualquier acuerdo que el abajo firmante pueda tener con dicha parte. A demás, el abajo firmante entiende que la negativa a firmar dará lugar a que la información no sea divulgada. El abajo firmante pretende que una fotocopia, facsímil o copia digital de este formulario tenga la misma fuerza y efecto legal que el original. El abajo firmante reconoce además que tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y a inspeccionar, copiar, limitar o impugnar el contenido de los registros solicitados antes de su publicación. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante no puede hacer nada con respecto a la información que ya se utiliza o divulga de conformidad con esta autorización. El abajo firmante tiene derecho a recibir una copia de este formulario completo. Sabiendo esto, el abajo firmante tiene la intención de autorizar la divulgación de los registros designados anteriormente. Por la presente, libero a **Elim Christian School** de todas las responsabilidades legales o responsabilidades que puedan surgir del uso, divulgación o divulgación de registros médicos o de otro tipo y otra información de salud en dependencia de esta autorización.

Entiendo que esta autorización se extiende a todos los registros/ información designados a continuación, que pueden incluir tratamiento para enfermedades físicas y mentales, abuso de alcohol / drogas, enfermedades de transmisión sexual, resultados o diagnósticos de pruebas de VIH / SIDA. Si alguno de los registros solicitados contiene información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas, estos registros están protegidos por las reglas federales de confidencialidad. Estas reglas prohíben la divulgación adicional de esta información a menos que el uso o divulgación adicional esté expresamente permitido por 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 la investigación criminal o el enjuiciamiento de cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

Firma de Alumno (Si 12 años o más): _____ Fecha _____