



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: _____

CORREOELECTRONICO: _____

Descripción de registros/información que se divulgarán/intercambiarán:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Programa de educación individualizada (IEP) | ☐ Notas de tratamiento y progreso | ☐ Historia del desarrollo social |
| ☐ Registros médicos/de salud | ☐ Evaluación(es) del habla/lenguaje | ☐ Evaluación(es) psicológica(s) |
| ☐ Exámenes de visión y audición | ☐ Planes de transición | ☐ Evaluación(es) psiquiátrica(s) |
| ☐ Evaluación Educativa | ☐ Evaluación Vocacional | ☐ Informes disciplinarios |
| ☐ Información OT/PT | ☐ Informes de calificaciones | ☐ Resúmenes terapéuticos |
| ☐ Informes de asistencia | ☐ Todos los registros escolares y de educación especial | ☐ Notas de terapia (Iniciales requeridas _____) |
| ☐ Reporte de progreso | ☐ Registros de medicación | ☐ 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 abuse 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 estudiante (si tiene 12 años o más)
Fecha