



Escuelas Públicas de Saint Louis
Autorización para Liberar Información

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Por la presente autorizo _____, para liberar la información

Organización/Individuo

de mi hijo(a) para los fines enumerados a continuación:

Nombre _____ Teléfono _____

Programa _____ FAX _____

Dirección _____

Para liberar la siguiente información de salud:

- ☐ Informes / registros médicos/ hospitalarios
- ☐ Reporte de evaluación psiquiátrica / psicológica (con puntajes)
- ☐ Resumen reciente de salida del hospital
- ☐ Otros (especificar) _____

Para liberar la siguiente información educativa:

- ☐ Registros escolares permanentes y acumulados
- ☐ Educación especial actual IEP Educación especial actual
- ☐ Reporte de evaluación más reciente
- ☐ Otros (especificar) _____

Esta información se usará para el (los) siguiente propósito (s):

- ☐ Evaluación educativa y programa de planeación
- ☐ Evaluación de la salud y planificación de servicios de cuidados de la salud y tratamiento en la escuela
- ☐ Evaluación y tratamiento médico
- ☐ Otros _____

Autorización

Esta autorización es válida por un año calendario. Caducará en _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento, excepto para ampliar una acción que ya se haya tomado sobre ella. Reconozco que estos registros médicos, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley de privacidad HIPAA pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia. También entiendo que si no firmo, tal rechazo no interferirá con la capacidad de mi hijo(a) para obtener servicios de educación especial.

PROHIBICION DE RE-DIVULGACION: las regulaciones federales con respecto a la confidencialidad de los registros médicos prohíben la re-divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito del paciente o representante legal.

Firma del padre /tutor legal

Fecha

Firma estudiante emancipado

Fecha

01-2012