# AUTORIZACION PARA EL USO/ U OTORGAMIENTO DE INFORMACION MEDICA Y/O EDUCATIVA

| | |
|---|---|
| Nombre del Estudiante | Sexo Fecha de Nacimiento |
| Padres/Nombre del Guardián | Escuela Grado |
| Dirección # de Apartamento | Teléfono de Casa |
| Ciudad Estado Código Postal | Teléfono de Trabajo |

Autorizo al Distrito Escolar Unificado del Valle de Conejo a:

☐ **Liberar a** ☐ **Solicite información perteneciente a la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:**

| Información de divulgación / recepción individual u organizacional: | Información de divulgación/recepción individual u organizacional: |
|---|---|
| **CVUSD –** _____ (Escuela/Depto.)<br>Nombre<br>Dirección<br>Ciudad, Estado, Código Postal | Nombre<br>Dirección<br>Ciudad, Estado, Código Postal |

**Duración:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta_____ o por un año A partir de la fecha de la firma si no se ingresó ninguna fecha.

**Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a la agencia de publicación. La revocación por escrito entrara en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

**Reotorgamiento:** Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales con respecto a la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa publica está protegida como estudiante en virtud de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

**Información De Salud:** Entiendo que la autorización de otorgar la información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar la autorización.

Registros Específicos: Indique el tipo de información que se divulgará**:** ☐ **Información Médica** ☐ **Información de medicamento** ☐ **Salud Mental** ☐ **Información psicológica o de asesoramiento** ☐ **Registros Educacionales** ☐ **Otro:** _____

Solicito que la información divulgada de conformidad con esta autorización se utilice únicamente para los siguientes fines:

☐ **Evaluación Educativa** ☐ **Planificación Educativa** ☐ **Otro:** _____

Una copia de esta autorización es tan válida como una original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

| | | |
|---|---|---|
| Firma del Padre/Guardián | Relación con el estudiante | Fecha |

Persona que solicita los registros: _____

**Distribución:** ☐ **Oficina del Distrito** ☐ **Persona/Agencia Apropiada** ☐ **Carpeta Acumulativa**