

**Consentimiento para la divulgación de información confidencial**

**Nombre del alumno/a:**  **Fecha del consentimiento:**

**Fecha de nacimiento:**

Le solicitamos que autorice a las personas u organismos nombrados a continuación a comunicarse entre sí información confidencial relacionada con el/la estudiante antes nombrado/a.

**Y**

Nombre y título del representante del personal de la escuela Representante/Organismo

Nombre de la escuela Nombre del representante/Organismo

Dirección: Dirección:

FAX: FAX:

**REGISTROS QUE SE PERMITE DIVULGAR** **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

🞏 Evaluaciones independientes, registros médicos, evaluaciones psiquiátricas 🞏 Para ayudar al comité de IEP con la planificación educativa

🞏 Evaluación vocacional, ITP 🞏 Otro

🞏 Evaluación vocacional, ITP

**Nombre del organismo externo**

Marque las celdas que correspondan a continuación:

🞏 Sí 🞏 No Se me ha informado de manera completa en mi idioma o con otro método de comunicación y comprendo la solicitud de la escuela de mi consentimiento, como se describió antes. Esta información se divulgará ante la recepción de mi consentimiento escrito.

🞏 Sí 🞏 No Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. No obstante, comprendo que la revocación no es retroactiva (es decir, no invalida una acción que se produjo después de que se otorgara el consentimiento y antes de su revocación).

🞏 Yes 🞏 No Otorgo permiso para que se divulguen los registros identificados a la(s) persona(s) nombrada(s)/organismo(s).

Firma de padre, madre, tutor, padre/madre sustituto/a o estudiante adulto/a Fecha

Firma del intérprete, si estuvo presente Fecha

Devuelva este formulario a: en:

Representante del personal escolar Escuela

Para obtener más información, llame: en

Representante del personal escolar Teléfono