

Autorización para Intercambiar Información Confidencial del Alumno

Página 1 de 1

Nombre del Alumno: ID del Distrito ID del Estado: Grado: Sexo:
Idioma Nativo: Etnicidad: Fec. Nac. Edad:
Distrito: Boise School District Escuela: Teléfono:

Nombre del padre, madre, representante personal o alumno adulto:

Dirección: Teléfono Primario:
Ciudad, Estado, código postal: Teléfono Secundario:

A. Los nombres de las partes autorizadas a intercambiar información:

Yo autorizo:

Nombre: Cargo:
Organización:
Dirección: Ciudad: Código postal:

Para intercambiar información con:

Nombre: Cargo:
Organización: Boise School District
Dirección: 8169 W. Victory Rd Ciudad: Boise Código postal: 83705

El proveedor de atención médica identificado anteriormente no puede condicionar su tratamiento al firmar esta autorización.

B. La información a intercambiar entre las entidades:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de consejería | <input type="checkbox"/> Antecedentes Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de educación especial | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Informe médico | <input type="checkbox"/> Pruebas actuales |
| <input type="checkbox"/> Informe de asistencia social | <input type="checkbox"/> Otro: |

C. El propósito de esta solicitud:

D. Fecha de vigencia de la autorización:

Esta autorización entra en vigencia el día que usted la firma, y:

- Caduca después de que se recibe la información solicitada.
 Continúa hasta el

Al firmar esta autorización, comprendo que las partes antedichas tienen permiso para intercambiar información escrita y verbal relativa a mi hijo. Las partes también pueden aceptar una fotocopia de este formulario de liberación de información y otorgarle la misma plena facultad y validez que el original. También comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al proporcionar una copia de mi revocación a las partes antedichas. La información utilizada o revelada en este formulario podría darse a conocer por el distrito escolar como un antecedente educativo, según FERPA, y podría no estar protegida por HIPAA.

Firma del padre-madre, representante personal,* o alumno adulto

Fecha

*Si un representante personal firma el formulario, indique la autoridad de este representante para actuar por el alumno:

El propósito de esta Autorización es cumplir con los requisitos establecidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).