

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo el intercambio de comunicaciones y la liberación / intercambio de los siguientes registros relativos a _____ [nombre del estudiante] entre los agentes y empleados de _____ [distrito escolar o nombre del cooperativo de educación especial] y:

Nombre/Título: _____

Agencia/Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Por la presente autorizo que la siguiente información sea liberada / intercambiada:

- Todos los registros permanentes (incluido, pero no limitados a información de identificación básica, certificado de nacimiento u otra prueba de identidad del estudiante, expediente académico, registros de asistencia, registros de salud y, donde aplique, puntajes recibidos en todas las evaluaciones estatales administradas en los grados 9-12 y designación de los logros del estudiante del sello de lectoescritura bilingüismo o recomendación del estado hacia el bilingüismo.
- Todos los registros temporales (incluidos, entre otros, puntajes en evaluaciones estatales administradas en los grados K-8, registros de disciplina, información relacionada con la salud, informes de accidentes, información de antecedentes familiares, informes de evaluación psicológica, resultados de pruebas de aptitud y rendimiento, boletas de calificaciones, honores y reconocimientos, información de monitoreo de progreso, IDEA / registros de educación especial y registros de la Sección 504)
- Otro [especifica]: _____

Estas divulgaciones están autorizadas de conformidad con la Ley de privacidad y derechos de educación familiar (20 USC Sección 1232g), la Ley de registros de estudiantes escolares de Illinois (105 ILCS 10/1 y siguientes) y la Ley de confidencialidad de discapacidades del desarrollo y salud mental de Illinois (740 ILCS). 110/1 et seq.), * y se deben realizar con el propósito de:

- Evaluación educacional y/o planificación:
- Otro [especifica]: _____

*Antes de la divulgación de información médica protegida, los proveedores de atención médica pueden requerir que el padre / tutor legal ejecute un formulario de autorización adicional para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se divulgará, cuestionar su contenido y limitar mi consentimiento a los registros designados o partes de la información contenida en esos registros. También entiendo que mi negativa a dar mi consentimiento para el intercambio de registros y comunicaciones podría resultar en una planificación educativa incompleta y / o inadecuada para el estudiante. Este consentimiento expira un año después de la fecha indicada a continuación. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Nombre escrito del Padre/Tutor Legal	Fecha	Firma del Padre/Tutor Legal	Fecha
Firma del testigo [Requerido para los registros de salud mental/Discapacidad del desarrollo]	Fecha	Firma del estudiante [Requerido para los registros de salud mental/Discapacidad del desarrollo, si el estudiante tiene 12 años o más]	Fecha