

Rockingham County Public Schools
Consentimiento para compartir documentos e información confidencial de salud

Estudiante: _____
Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo entiendo que agencias diferentes proporcionan varios servicios y beneficios. Cada agencia debe tener información específica para proveer servicios y beneficios. En firmar este formulario, yo permito al sistema escolar del condado de Rockingham y las agencias identificadas compartir información autorizada para proporcionar o coordinar eficazmente servicios y beneficios.

En firmar esta autorización, yo doy mi permiso para que la información confidencial siguiente sobre mi hijo/hija sea compartida:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información evaluativa | <input type="checkbox"/> Diagnóstico medical | <input type="checkbox"/> Archivos educacionales |
| <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Archivos criminales | <input type="checkbox"/> Archivos psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Archivos del empleo | <input type="checkbox"/> Historia social | <input type="checkbox"/> Documentos de Habla y Language |
| <input type="checkbox"/> Documentos de vacunas | | |
| <input type="checkbox"/> Registro escolar official (nombre, dirección, nombre y dirección de padres, número de seguro social, último grado escolar cumplido, documentos académicos, rango en clase, archivos de asistencia, actividades extraescolar, ciudadanía) | | |

Otra información (sea específico): _____

Información sobre diagnósticos de, y tratamiento para, abuso de drogas y alcohol, es protegida bajo de reglas federales, y no será compartida. El archivo disciplinario de un estudiante no es información protegida y puede ser compartido sin consentimiento con otros sistemas escolares dentro del estado de Virginia, o con agencias jurídicas.

Según este formulario, doy permiso a (marque lo apropiado):

- Director, Educación Especial
Rockingham County Public Schools
100 Mount Clinton Pike
Harrisonburg, VA 22802

- _____ (Nombre de escuela)
 _____ (Director de escuela)
 _____ (Dirección)
 _____ (Dirección)
(____) ____ - ____ (Teléfono) (____) ____ - ____ (Telefax)

Poder compartir esta información con las agencias siguientes: (Favor de incluir la dirección)

Hay otras agencias notadas al reverso del formulario? Sí No

- Para el propósito de:
- Determinación de elegibilidad
 - IEP (la revisa, revision, o implementación del Plan Educativo Individual)
 - Coordinación de servicios y planificación de tratamiento
 - Planificación educacional (colocación de grado en la escuela, selección de cursos, etc.)
 - Otro (sea específico): _____

A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá el ____/____/____. Si no fecha está anotada, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de la firma.

Yo puedo retractar esta autorización en cualquier tiempo por notificar la agencia que la remitió. Eso terminará el compartir de información entre las agencias enumeradas después de que sepan que mi consentimiento esté retractado. Tengo derecho de saber cual información fue compartida, y el porqué, cuándo, y con quién fue compartida. Si lo quiero, cada agencia me mostrará esta información. Quiero que cada agencia acepte una copia de este formulario como consentimiento vigente para compartir información. Si no firmo este formulario, información no será compartida, y tendré que contactar a cada agencia individualmente para mandarle la información que necesita sobre mí. Yo entiendo que la provisión de esta información puede ser la condición de elegibilidad para beneficios y servicios de una agencia. Reconozco también la posibilidad que cualquiera información compartida según esta autorización sea compartida de nuevo por la agencia que la recibió, y por lo tanto, esta información ya no sería protegida por las provisiones bajo de las reglas de IDEA, FERPA, o HIPAA.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
Firma de padre/guardian/estudiante adulto/persona autorizada

Relación al estudiante: _____

