

Fecha de Envío: _____ Correo Postal Vía Fax Correo Electrónico Persona que envía: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE EXPEDIENTES CONFIDENCIALES

Este documento es una publicación recíproca del formulario de información

A: _____
Custodio de Expedientes

Escuela/Agencia

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono/Fax/Correo Electrónico

De: _____
Persona que solicita Expedientes

Escuela/Agencia

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono/Fax/Correo Electrónico

POR LA PRESENTE AUTORIZO E INSTRUYO A PUBLICAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE:

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento Grado

RAZÓN DE LA SOLICITUD (OPCIONAL):

- Evaluación Educativa y Planeamiento
- Mantenimiento del expediente del estudiante
- Otro: _____

- Problemas médicos relacionados con el aprendizaje
- Evaluación y tratamiento médico
- *Para IEP solamente:
- Fecha de la junta de IEP:

POR FAVOR ESPECIFIQUE LOS EXPEDIENTES QUE SE PUBLICARÁN:

- Informe psicológico
- Evaluación educativa
- Historia social
- I.E.P. (Minutos y Metas/Objetivos)
- Resultados de exámenes
- Formulario de informe de examen médico

- Evaluación psiquiátrica
- Informe de elegibilidad
- Registros anecdóticos
- Registros médicos
- Otro: _____

Autorización:

Esta autorización es válida por 1 año o como se especificó: _____ Caducará el: _____

Por la presente declaro que poseo legalmente la autoridad de padre/madre (como padre, tutor o estudiante adulto) para autorizar la publicación de los expedientes especificados anteriormente, y acepto permitir que los representantes del sistema escolar verifiquen mi licencia de conducir o una identificación con foto emitida por el gobierno para verificar mi identidad (*Si no recogeré estos expedientes en persona, entiendo de que debo hacer verificar mi firma con un notario público*). Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Cherokee se basará en esta representación al considerar esta solicitud de expedientes. Entiendo que dar mi consentimiento para publicar expedientes es voluntario de mi parte. El Distrito Escolar del Condado de Cherokee puede imponer tarifas nominales para realizar copias en determinadas circunstancias. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota por escrito revocando mi consentimiento. Reconozco que los expedientes de salud, una vez recibidos por la agencia de educación local (LEA), pueden dejar de estar protegidos por HIPAA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Imprima nombre de Padres/Tutor/Estudiante mayor de edad

Relación con el estudiante

Firma de Padres/Tutor/Estudiante mayor de edad

Fecha

(Required if ID Not Verified)
Sworn to and subscribed before me this
_____ day of _____, 20____

Notary Public
My Commission Expires: _____