



Special Education Local Plan Area

CONSENTIMIENTO PARA PROVEER O INTERCAMBIAR INFORMACION

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Distrito/Escuela: _____

El consentimiento escrito de los padres debe ser obtenido antes de que la información de identificación personal sea revelada por escrito u oralmente a cualquier persona que no sea los empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted necesita saber que:

- Usted elige qué agencias intercambiarán información.
- Puede negarse a firmar este formulario de intercambio.
- La información sobre su hijo y su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo mantiene registros que especifican el origen de la información, la fecha y el propósito de cualquier revelación y con quién se compartió la información.
- Estos registros ayudarán en la examinación de la evaluación y el desarrollo del IEP de su hijo.
- Usted tiene el derecho de revisar los registros.
- Sus derechos se conservan bajo: Título 34 del Código de Regulaciones Federales; Ley de Privacidad de los Derechos de Educación de la Familia de 1974, Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34 del Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
- Este consentimiento es válido por un año a menos que usted retire su consentimiento antes de ese tiempo.

Doy permiso a la Agencia de Educación Local mencionada arriba para intercambiar información relevante a las necesidades educativas y de servicios relacionados de mi hijo(a) con la(s) siguientes agencia / agencias. Por favor, **marque** la(s) casilla(s) abajo para permitir el intercambio de información sobre su hijo(a) con la(s) agencia/agencias.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distrito Escolar: _____ | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional: _____ |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo: _____ | <input type="checkbox"/> Otro Especialista Medico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios para los Niños de Calif.: _____ | <input type="checkbox"/> Medico de Cuidado Primario/Clinica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Educación del Condado: _____ | <input type="checkbox"/> Psicólogo/Psiquiatra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud & Recuperación del Compa: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermera de Salud Pública: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dep.p. de Rehabilitación: _____ | <input type="checkbox"/> Centro Regional: _____ |
| <input type="checkbox"/> Centros de Recursos Familiares: _____ | <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depto. de Servicios Humanos/Sociales: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Desarrollo Infantil: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Una fotocopia de este formulario debe ser tan válida como el original. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la información a:

Nombre del Distrito: _____

Dirección: _____

Atención/A Nombre de: _____

Teléfono: _____

Fax: _____