



**AUTHORIZACION PARA INTERCAMBIAR EXPEDIENTES CONFIDENCIALES E INFORMACION EDUCATIVA**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo autorizo al Departamento de Servicios de Aprendizaje Especial de las Escuelas Públicas de Lawrence para intercambiar/obtener información educativa/salud relacionada al estudiante nombrado arriba con:

(Nombre de la agencia, medico, distrito escolar etc.)

(Dirección) (Cuidad) (Estado) (Código Postal)

**Los expedientes/información educativa que se divulgue consiste de:**

Reporte Psicológico \_\_\_\_\_ Progama Educativo Individualizado (PEI) \_\_\_\_\_

Reporte del Hogar \_\_\_\_\_ Evaluación del Habla/Terapia Ocupacional/Terapia Fisica  
Educación Fisica Adaptada/Consejeria \_\_\_\_\_

Reporte Educativo \_\_\_\_\_

**Esta información será usada para el siguiente propósito(s)**

1. Evaluación educativa y planificación del programa
2. Planificación de servicios y tratamiento en la escuela
3. Otra:

**Authorization**

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a traves de someter una notificación por escrito para retirar mi consentimiento. Estoy consciente que puede ser que cuando los expedientes educativos sean revisados por el distrito escolar, ya no esten protegidos por el Reglamento de Privacidad HIPPA. Pero que serán documentados como educativos protegidos por el Acta de Privacidad de los Derechos Educativos de Familia. Tambien entiendo que si yo me niego a firmar, esto no interferirá con que mi niño(a) obtenga servicios educativos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián/Padre Sustituto Educativo/  
Estudiante 18 años de Edad o más**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Revisado: 12.02.19

