

## Solicitud para Enviar Archivos Personales

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento. \_\_\_\_\_ Estudiante # \_\_\_\_\_ por medio de la presente autorizo al Distrito Escolar de Yakima para que:

<input type="checkbox"/> Obtenga información de: <input type="checkbox"/> Revele información para:	Esta solicitud incluye archivos de las siguientes categorías o se guardarán en esa categoría:
Persona específica (si se conoce) _____ Agencia/Escuela _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____ Teléfono _____ Fax _____	<input type="checkbox"/> Relación de materias o Carpeta Acumulativa (encargado de entregarla: designado del director o consejero). <input type="checkbox"/> Carpeta de registro de vacunas y exámenes (encargado de entregarla: cualquiera de los de arriba). <input type="checkbox"/> Carpeta Suplementaria (encargado de entregarla: director, director o designado de educación especial). <input type="checkbox"/> Carpeta de Disciplina (director o designado) <input type="checkbox"/> Carpeta confidencial de Registros de Salud (encargado de entregarla: enfermera de la escuela). <input type="checkbox"/> Otro _____

Esta solicitud y autorización aplica a lo siguiente (marque las casillas):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial<br><input type="checkbox"/> Plan de tratamiento<br><input type="checkbox"/> Notas de progreso<br><input type="checkbox"/> Psicológico/Psiquiátrico<br><input type="checkbox"/> Evaluación<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique) | <input type="checkbox"/> Resumen de liberación<br><input type="checkbox"/> Registros de salud médicos o mentales pertinentes<br><input type="checkbox"/> Adopción o cuidado de crianza<br><input type="checkbox"/> Registros | <p style="text-align: center;"><b>MÉTODO:</b></p> <input type="checkbox"/> Leer o revisar<br><input type="checkbox"/> Proveer copias<br><input type="checkbox"/> Comunicar oralmente<br>Intervalo de fechas de la información solicitada: _____ |
|--|--|---|

Propósito de la solicitud: \_\_\_\_\_

Favor de contestar tan pronto como sea posible para que el servicio al estudiante sea facilitado.

Entiendo que

- mis archivos están protegidos bajo la ley Federal y del Estado de Washington, especialmente el Acta de Derechos Educativos de la Familia y de Privacidad (FERPA) y el Acta de Transferencia de Seguro Médico y de Responsabilidad (HIPAA) y que no se pueden revelar para propósitos que no sean los establecidos arriba sin mi autorización escrita a menos que en las regulaciones sea estipulado de otra manera;
- se requiere que exprese consentimiento para que se entregue la información de cuidado de salud arriba mencionada; para revelar la información sobre el estado del estudiante como paciente. Para información particular y edades, puede requerirse el consentimiento del estudiante como sigue:
 

<input type="checkbox"/> Información General de Salud	18 años de edad – consentimiento del estudiante
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD	14 años de edad – consentimiento del estudiante
<input type="checkbox"/> Planificación Familiar/ Aborto	No límite de edad – sólo consentimiento del estudiante
<input type="checkbox"/> Alcohol/Tratamiento de drogas - Internado	14 años de edad – consentimiento del estudiante
<input type="checkbox"/> Paciente no internado	13 años de edad – consentimiento del estudiante
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental	13 años de edad – consentimiento del estudiante
- la información usada o revelada puede estar sujeta a volverse a revelar por equipos de educación especial importantes o de salud;
- la información de salud no podrá ser transmitida ni el distrito escolar la entregará a una tercera persona;
- se me dará una copia de esta autorización firmada y que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información que se va a usar o a revelar, que se me cobrará una cantidad razonable por esta provisión; y
- en cualquier momento puedo revocar esta autorización al marcar la casilla de revocamiento de abajo, fechando y anotando mis iniciales junto a ella.

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Copia dada al cliente/estudiante         | Iniciales _____             |
| <input type="checkbox"/> Copia rehusada por el cliente/estudiante | Iniciales _____             |
| <input type="checkbox"/> Revocar                                  | Fecha _____ Iniciales _____ |

Cliente/Firma del estudiante \_\_\_\_\_

Firma de Autoridad: \_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad: \_\_\_Padres \_\_\_Tutor Legal \_\_\_DCFS \_\_\_Otro: \_\_\_\_\_

Este permiso expira el \_\_\_\_\_ o después de noventa (90) días a menos que se actualice. Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Representante autorizado del distrito \_\_\_\_\_  Ed. Especial  Dept. Salud  Otro \_\_\_\_\_

Escuela o Programa \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_