##### DISTRITO DE LA ESCUELA PREPARATORIA EL DORADO UNION

##### 4675 Missouri Flat Road, Placerville, CA 95667

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación/permiso o el uso de información sanitaria individualmente identificable, tal y como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y estatales relativas a la privacidad de dicha información. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Nombre del estudiante (enumere todos los nombres utilizados)* |  | *N.º de Registro Médico (si es aplicable)* |  | *Fecha de nacimiento:* |
|  |  |  |  |  |
| *Dirección del estudiante* |  | *N.º de teléfono* |  | *Otro n.º de teléfono* |

Autorizo al siguiente individuo u organización a divulgar la información médica/educativa del individuo arriba mencionado según se describe a continuación:

**Individuo u Organización que Divulga/Recibe Información: Individuo u Organización que Recibe/Divulga Información:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | |
| *Parte Divulgadora* | | |  | *Parte Receptora* | | |
|  | | |  |  | | |
| *Dirección* | | |  | *Dirección* | | |
|  | | |  |  | | |
| *Ciudad, Estado, Código Postal* | | |  | *Ciudad, Estado, Código Postal* | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Teléfono:* |  | *FAX* |  | *Teléfono:* |  | *FAX* |

**Duración:** La presente autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta       (fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no se indica ninguna fecha.

**Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación escrita a la agencia divulgadora. La revocación por escrito será efectiva en el momento de su recepción, pero no se aplicará a información que ya haya sido compartida en respuesta a esta autorización.

**Redivulgación:** Entiendo que el Solicitante (LEA) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y que la información pasa a formar parte del expediente educativo del estudiante. La información se compartirá con personas que trabajen en la LEA o con ella, con el fin de proporcionar entornos educativos seguros, apropiados y lo menos restrictivos posible, así como servicios y programas de salud escolar.

**Información Sanitaria:** Entiendo que autorizar la divulgación de información sanitaria es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización, y no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico.

**Especifique Registro(s):** Indique el tipo de información que se va a divulgar:

**Médico  Medicación  Psiquiátrico  Salud Mental**

**Drogas/Alcohol  Resultados de Pruebas ETS/VIH  Educación  Otros:**

**Toda la información relativa a los registros anteriormente mencionados puede ser divulgada, excepto en los casos aquí previstos:**

Solicito que la información divulgada en virtud de esta autorización se utilice únicamente para los siguientes fines:

Evaluación Educativa  Planificación Educativa  Otros:

Una copia de esta autorización es válida como original. Comprendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Firma del Estudiante o del Representante del Estudiante* |  | *Relación con el Estudiante* |  | *Fecha* |

*6164.6-2L 1/27/22*

*1/27/22*