



**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EDUCATIVA, DE
SALUD MENTAL/FÍSICA Y LEGAL**

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

***Autorizo y solicito el intercambio oral y/o escrito gratuito de la siguiente
información protegida sobre educación, salud mental/física y legal relacionada con el estudiante
mencionados anteriormente:***

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Planes Educativos Individualizados (IEP) | <input type="checkbox"/> Resúmenes Terapéuticos | <input type="checkbox"/> Informes Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Informes Educativos e información | <input type="checkbox"/> Informes de Progreso e información | <input type="checkbox"/> Resúmenes |
| <input type="checkbox"/> Informes Disciplinarios | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas | <input type="checkbox"/> Formularios Médicos/Físicos |
| <input type="checkbox"/> Historial Social | <input type="checkbox"/> Informes Legales/Jurisprudenciales | <input type="checkbox"/> Audiencia /Informes |
| de la vista <input type="checkbox"/> Notas de progreso mensuales para los médicos que recetan <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> | | |
| Medicamentos/registros de salud | | |

Esta información será divulgada por:

Teléfono: _____
Fax: _____

**The Winston Knolls School
1500 Executive Dr.
Elgin, IL 60123
(630) 283-3221
(630) 283-3482**

Y

el distrito escolar de origen de su hijo: _____

Esta información será divulgada por:

**The Winston Knolls School
1500 Executive Dr.
Elgin, IL 60123
(630) 283-3221
(630) 283-3482**

A: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Y

el distrito escolar de origen de su hijo: _____

Entiendo que esta autorización tendrá una validez de 364 días a partir de la fecha de la firma. Se limita solo a la información designada anteriormente, que se divulgará solo a las agencias y escuelas individuales nombradas en este documento. El propósito de esta divulgación de información es ayudar a proporcionar la continuidad de la atención, la instrucción y la planificación de la atención médica. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información divulgada. Entiendo que mi negativa a dar mi consentimiento para la divulgación de la información especificada anteriormente impedirá la divulgación de dicho material a la(s) persona(s) y la(s) escuela(s) nombradas en este documento, con la posible consecuencia de una menor precisión y calidad/integridad de la atención brindada. Entiendo que tengo derecho a revocar el consentimiento aquí contenido. Esta revocación debe ser por escrito. Certifico que soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y que tengo la autoridad para firmar este comunicado.

Firma del padre

Fecha

Firma del estudiante (si tiene 12 años o más)

Fecha

Testigo

Fecha