

Nombre del Estudiante:

FECHA DE NACIMIENTO.:

**ESCUELAS PUBLICAS DEL AREA DEL DISTRITO DE GREEN BAY  
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN (M-14)**

**INSTRUCCIONES:** Complete uno o ambas de las Declaraciones de Autorización abajo, marcar la información que puede darse y firmar la autorización. **Para permitir que el intercambio sea mutuo de información entre las Escuelas Públicas del Area del Distrito de Green Bay e individuo / agencia, por favor marcar ambas Declaraciones de Autorización.**

Iniciado y requerido por:

Lugar de trabajo:

Fecha:

**DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN:**

Yo, la persona firmando, da autorización a las Escuelas Públicas del Distrito de Green Bay para dar información al individuo / agencia nombrada abajo en cualquier forma (ejemplo: verbal, por escrito) la información acerca de este estudiante.

Yo, la persona firmando, doy autorización al individuo / agencia nombrada abajo en cualquier forma (ejemplo: verbal, por escrito) la información indicada a las Escuelas del Distrito del Area de Green Bay.

Agencia  
Dirección:

Nombre:  
Teléfono:

Título:  
Fax:

**INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DADA:**

**Información de educación / expediente**

- Expediente de progreso
- Calificaciones
- Inscripción
- Asistencia
- Expediente de comportamiento
- Expedientes de Salud Física
- Expediente Psicológico
- Expedientes de Educación Especial
- Expedientes de la Trabajadora Social

**Expediente de información médica**

- Información de la Salud del paciente (especifique o indique "todos")
- Expedientes de Salud Mental
- Expedientes Abuso Alcohol/Drogas
- HIV (SIDA/AIDS) expedientes

**Otra información de expedientes**

- Otro (especifique)

**PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN:** La información se solicita con el fin de la programación y servicio educativo, evaluación y tratamiento médico, evaluación y planeamiento de salud, u otro (especifique, por ejemplo " a petición del individuo")

**RECONOCIMIENTOS:** **Reciba los expedientes y la autorización que** – yo entiendo que tengo derecho a una copia de los expedientes que se divulgan y un derecho a una copia de esta autorización (una cuota para las copias del expediente educativos pueden imponerse) **Retiro de la autorización** – entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto hasta el punto del acceso que se haya hecho ya en confianza a esta autorización. Entiendo que mi revocación es eficaz solamente si está por escrito y se somete al individuo / agencia que está dando la información. **Volver a Dar la información de salud** – entiendo que si mi información de la salud de niño/a se da conforme a esta autorización, puede estar conforme a re-acceso por una persona que reciba la información de la salud y no puede ser protegida por ley federal. **Autorización voluntaria** – entiendo que un abastecedor del cuidado médico puede no condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad del cuidado médico para las ventajas de plan de la salud si o no firmo esta autorización.

***Este permiso es válido por un año a partir de la fecha firmada.*** Una copia de esta forma es tan eficaz como la original. Certifico que soy el padre, apoderado legal, representante personal del estudiante mencionado arriba, o que soy el estudiante y de mayor de edad, y tengo autoridad para firmar esta autorización.

**PARTICIPACIÓN EN LA REUNIÓN DEL IEP:**  no aplicable]

Para los propósitos que se indican en la parte de arriba, yo también  doy/  no doy] consentimiento para que el distrito invite a los individuos nombrados o representantes de agencias a las reuniones de IEP (Plan Educativo Individualizado) que puedan ocurrir durante el año de validez de esta forma. Sí no doy mi consentimiento en este momento, yo quizás pueda otorgarlo en un futuro para una reunión de IEP específica

Firma (Padre / Apoderado Legal)

Fecha

Firma (Estudiante – si aplica)

Fecha

Nombre en letra imprenta (Padre / Apoderado Legal)

Relación con el estudiante (padre, apoderado legal, representante personal o adulto)