



**DISTRITO ESCOLAR PARKWAY  
AUTORIZACIÓN PARA EL USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

*Al firmar esta planilla, autorizo a las agencias a utilizar e intercambiar cierta información acerca de mi hijo(a), incluyendo información en una base de datos electrónica, de manera que sea más fácil para ellos trabajar juntos eficientemente para proveer o coordinar servicios o beneficios.*

Yo, \_\_\_\_\_, firmo esta planilla para  
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN)

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL ESTUDIANTE)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCION DEL ESTUDIANTE) (FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE) (SSN DEL ESTUDIANTE - OPCIONAL)

Mi relación con el estudiante es:

Yo mismo  Padre  Apoderado  Tutor  Otro Representante Autorizado Legalmente

Quiero que la siguiente información confidencial de mi estudiante sea intercambiada:

<i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Información de Evaluación	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Médico	<input type="checkbox"/> Registros Educativos
<input type="checkbox"/> Información Financiera	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Registro Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Beneficios/Servicios Necesitados	<input type="checkbox"/> Registros Médicos	<input type="checkbox"/> Registro de Justicia Criminal
<input type="checkbox"/> Registros Psicológicos	<input type="checkbox"/> Registros de Empleo	<input type="checkbox"/> Registro de Abuso de Sustancias.

Otra información (escríbala a continuación):

\_\_\_\_\_  
Por medio de la presente autorizo a

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA DE REFERENCIA Y DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE SIRVE DE CONTACTO) y Distrito Escolar, Atención:

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y DIRECCION DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR PARKWAY/PERSONA DE CONTACTO) PARA INTERCAMBIAR LA INFORMACION ANTES MENCIONADA para los propósitos descritos a continuación:

Si  No

**Quiero que esta información sea intercambiada SOLAMENTE para el/los siguiente(s) propósito(s):**

- Coordinación de Servicio y Tratamiento    Planificación    Determinación de Elegibilidad  
Otro:
- 

**Quiero que esta información sea compartida en los siguientes medios:** *(marque todos los que aplican)*

- Información Escrita    En Reuniones o por Teléfono  
 Datos Computarizados    Fax

Marque una de las siguientes opciones:

Esta autorización es continua en naturaleza a menos que sea revocada por escrito. **(Vea a continuación información para revocar la autorización)**

Esta autorización es efectiva desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
*(FECHA) (FECHA)*

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito tanto a la agencia de referencia y al representante de Parkway que se indicó anteriormente. La agencia indicada anteriormente y el Distrito dejarán de compartir información después de recibir mi notificación escrita indicando que esta autorización ya no es válida. Tengo el derecho a inspeccionar, previa solicitud, la información acerca de mi/mi hijo(a) que fue compartida, y por qué, cuando y con quien se compartió. Quiero que todas las agencias acepten una copia de esta planilla como autorización válida para compartir información.

Si no firmo esta planilla, la información no será compartida y contactaré a cada agencia individualmente para dar la información sobre mí que sea necesaria. Sin embargo, entiendo que el tratamiento y los servicios no pueden condicionarse a si firmo o no está autorización. Existe la posibilidad de que la información divulgada de conformidad con esta autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y no esté sujeta a la Reglas de privacidad de HIPAA. Sin embargo, entiendo que el Distrito Escolar de Parkway tratará los registros de manera confidencial y cumplirá plenamente con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia.

(FERPA) (20 U.S. C. Section 1232g; 34 CFR Part 99) y con Parkway Policy JRA.BP "Student Records."

Firma(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(PERSONA(S))*

Persona que explica la Planilla:

---

*(Nombre)*

*(Dirección)*

*(Número de Teléfono)*