

Connections Day School

31410 North US Highway 45 | Libertyville, IL 60048

Phone: 847.680.8349 | Fax: 847.680.8583 | Web: www.connectionsdayschool.net

CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO INFORMACIÓN EDUCATIVA, SALUD MENTAL / FÍSICA Y LEGAL

(CONSENT TO RELEASE EDUCATIONAL, MENTAL/PHYSICAL HEALTH AND LEGAL INFORMATION)

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

**Yo Autorizo y solicito el intercambio oral y/o escrito gratuito de los siguientes
Educación, Salud Mental/Física y Información Legal sobre el estudiante nombrado arriba:**

- Informes e Información Educativos (por ejemplo: Planes Individualizados de Educación (IEP), Historias Sociales / de Desarrollo, Informes e Informes de Progreso, Informes Disciplinarios; Datos IWAS / SIS)
- Información sobre salud mental (por ejemplo: resúmenes terapéuticos, evaluaciones psicológicas, informes psiquiátricos, informes mensuales de progreso a los médicos, evaluaciones de abuso de sustancias y notas de progreso)
- Informes médicos e información (por ejemplo: formas/informes médicos / físicos, resultados de laboratorio)
- Re-edición de registros de médicos, profesionales de salud mental, hospitales, programas de hospitalización parcial y programas de tratamiento ambulatorio que se obtuvieron durante el tiempo que el estudiante estaba matriculado en nuestra escuela

A/DE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuida, Estado y Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax o E-mail: _____

Y

El Distrito Escolar de su Hijo/a y sus Agentes

Además, autorizo al distrito escolar de origen y las organizaciones chequeadas arriba a divulgar toda dicha información a Connections Day School.

Entiendo que esta autorización será válida desde la fecha de la firma hasta el 30 de septiembre del año académico siguiente (no más de 12 meses). Se limita solamente a la información designada anteriormente, la cual será liberada de, y solo, a la (s) persona (s), agencias y escuelas mencionadas en este documento. El propósito de este comunicado de información es ayudar a proporcionar la continuidad de la atención. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento presentando tal solicitud por escrito. También entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información revelada. Entiendo que mi negativa a consentir la divulgación de la información especificada anteriormente impedirá la divulgación de dicho material al individuo (s) y la escuela mencionada en este documento y como tal, puede reducir la exactitud y calidad / integridad del cuidado previsto. Autorizo que la información sea divulgada por correo electrónico, sabiendo que hay riesgos a la confidencialidad en el uso del correo electrónico.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Firma del Estudiante (si tiene 12 años o más)

Fecha

Testigo

Fecha

Rev 5/26/16