



Marjory Stoneman Douglas (MSD) Divulgación de la Ley de Seguridad Pública

De acuerdo con las pautas de 2018 establecidas bajo la Ley de Seguridad Pública Marjory Stoneman Douglas (MSD) (SB 7026), la Legislatura de la Florida ha enmendado el Estatuto de Florida 1006.07 (1) (b) para exigir a cada estudiante en el momento de la inscripción inicial para la escuela el distrito escolar para anotar referencias a servicios de salud mental que el estudiante ha tenido. La intención es conectar mejor a los estudiantes y sus familias con los servicios de salud mental, de ser necesario. Aventura City of Excellence School evaluará a los estudiantes para identificar a aquellos que pueden calificar para estos servicios. Si no desea que su estudiante sea evaluado, infórmenos por escrito.

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** _____

Grado _____ **Maestra de Home Room** _____

a) ¿Alguna vez el alumno ha sido remitido a servicios de salud mental? • Sí • No • No conocido
(Si la respuesta es "sí", complete "Autorización para la divulgación de información" a continuación)

b) ¿El estudiante actualmente recibe servicios de salud mental? • Sí • No • No conocido
(Si la respuesta es "sí", complete "Autorización para la divulgación de información" a continuación)

Seguro de salud para estudiantes • Medicaid • Healthy Kids/Kid Care • Privado • Ninguno
(marque todo lo que corresponda)

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Aventura City of Excellence School y / o sus designados a divulgar y recibir registros de salud / salud mental y / o información relacionada con mi estudiante, como se identificó anteriormente, a / desde:

Nombre del proveedor _____ **Título** _____

Dirección del Proveedor _____

Número de teléfono del proveedor _____

Entiendo que la información relacionada con el diagnóstico psiquiátrico, psicológico, diagnóstico médico, abuso de drogas o alcohol, y la información educativa sobre mi hijo pueden divulgarse y / o comunicarse.

Toda la información que autorizo que se publique o solicite será estrictamente confidencial y no puede ser divulgada por el destinatario sin un consentimiento adicional por escrito. Entiendo que esta autorización caducará un (1) año después de la fecha de la firma. Una copia de esta autorización es válida en lugar del original. Además, entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre del padre / tutor _____

Firma del padre / tutor _____ **Fecha** _____

*Por favor devuelva en un **sobre sellado** al maestro de Home Room de su estudiante*