

# Distrito Escolar de Cashmere

## PETICION Y AUTORIZACION PARA LIBERACION Y/O INTERCAMBIO DE INFORMACION (WAC 392-172-422)

**PROPOSITO:** Como padre o guardián usted tiene el derecho de dar permiso o no dar permiso para poder tener acceso al expediente de su niño/a con otras personas o agencias. Esta petición provee a usted con la oportunidad para aprobar o no aprobar tal petición al menos que liberación de expediente sea permitido por alguna de las excepciones bajo las reglas implementadas por el Acto de Privacidad y Derechos de Educación Federal (por ejemplo, transferir expedientes desde un distrito escolar a otro). Esto también provee a usted la oportunidad de hablar con el distrito escolar y pedir una explicación del porque la información es pedida y por quien.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: Cashmere School District

Yo por este medio autorizo la liberación de expedientes:

<p><b>DE:</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Nombre del Distrito/o Agencia</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Domicilio</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Ciudad, Estado, Código Postal</i></p>	<p><b>A:</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Nombre del Distrito Escolar</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Domicilio</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cashmere, Washington 98815</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Ciudad, Estado, Código Postal</i></p>
<p><b>Please fax records to:</b></p> <hr/> <p style="text-align: right;">: (509) 782-_____</p>	<p><b>For questions, please call:</b></p> <hr/> <p style="text-align: right;">: (509) 782-_____</p>

**Marque que Información puede ser divulgada:**

**Información General Médica/Educación Especial**

- Expedientes de Educación Especial (Evaluación/IEP) que incluye:**  
**Special Education Records (IEP/Evaluation) to include:**
- Evaluación Social/Emocional (Social/Emotional Evaluation)
  - Evaluación Psicológica (Psychological Evaluation)
  - Evaluación de Habla/Lenguaje (Speech/Language Evaluation)
  - Evaluación De Terapia Ocupacional/Fisca (Occupational/Physical Therapy Evaluation)
- Reportes de 504 (504 plan)

- Expedientes Médico y Clínico que incluye:**  
**Medical & Clinical Records to include:**
- Notas Clínicas (Clinic Notes)
  - Sumarios de dada de alta (Discharge Summaries)
  - Expedientes Operativos (Operative Reports)
  - Otro: (Específico) \_\_\_\_\_
  - Comunicación (por teléfono o en persona) Communication via phone

Su firma abajo significa que usted entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

- Yo entiendo que yo no necesito firmar esta autorización en orden de conseguir beneficios de cuidado de salud (tratamientos, pagos, inscripciones, o beneficios para ser elegible) excepto si yo recibo cuidado de salud cuando el único propósito del cuidado de salud es para crear información de salud para un tercer partido.
- Yo entiendo que (a) yo tengo que revocar mi autorización en escrito y puedo hacerlo al completar y firmar una forma de revocación de autorización con un proveedor de cuidado de salud; y (b) si yo llego a revocar mi autorización, yo entiendo que no afectara ninguna acción tomada por el proveedor de cuidado de salud basado sobre esta autorización.
- Información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no será protegido por el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Aseguranza de Salud de 1996 (HIPAA). Expedientes recibidos por el Distrito Escolar de Cashmere, sin embargo, son protegidos de ser divulgados nuevamente bajo el Acto de Derechos de Educación Familiar a la Privacidad (FERPA).

Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**NOTA:** Autorizaciones para poner en liberación los expedientes médicos o educación especial son válidas por un año, solamente si es especificado arriba. Si una fecha de plazo no es ofrecida, la autorización expira 365 días desde la fecha que fue firmada esta autorización. Yo entiendo que mi consentimiento para liberación de expedientes es voluntario y que yo puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. Si yo retiro mi consentimiento, esto no aplica a información que ha sido ofrecida bajo esta autorización/liberación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación al Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante, si aplica

\_\_\_\_\_  
Fecha