

**DISTRITO ESCOLAR EL DORADO UNION HIGH
AUTORIZACION PARA EL USO Y/ODIVULGACION
DE INFORMACION**

Al completar este documento autoriza a la divulgación y/o uso de la información médica personal, tal como se indica a continuación, consistente con leyes federales y estatales relativos a la privacidad de dicha información. Falta de proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

NOMBRE DE ESTUDIANTE (OTROS NOMBRES UTILIZADOS)	NUMERO MEDICO (SI SE APLICA)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DE ESTUDIANTE	NÚMERO DE TELÉFONO	NUMERO SECUNDARIO

Autorizo a la siguiente persona o organización siguiente para divulgar información médica y educativa a la persona mencionada arriba como se describe a continuación:

Individuo o Organización revelando Información:

Individuo o Organización recibiendo Información:

Parte Revelando

Parte Recibiendo

Dirección

Dirección

Cuidad, Estado, código postal

Cuidad, Estado, código postal

Teléfono

Fax

Teléfono

Fax

Duración: Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y permanecerán hasta _____ (*fecha*) o durante un año a partir de la fecha de la firma so no se introduce ninguna fecha.

Revocación: Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando notificación a la agencia revelando la información. Revocación escrita será efectiva tras la recepción, pero no aplicara a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización.

**Nueva:
Divulgación:** Tengo entendido que el solicitante (distrito escolar) protegerá esta información, según lo prescrito por la ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia(FERPA) y que la información se convierte en parte del registro educativo del estudiante. La información será compartida con personas que trabajan en o con el distrito escolar para el propósito de proporcionar seguros, apropiados, y ajustes educativos sin restricciones, servicios médicos y programas escolares.

Información Médica: Entiendo que la autorización de divulgación medica es voluntaria. Yo puedo negar a firmar esta autorización, y no es necesario firmar esta forma para asegurar el tratamiento médico.

Especifique Registro(s): Indique los registros que se puede revelar:

- Medico** **Medicación** **Psiquiátrica** **Salud Mental**
 Drogas/Alcohol **Resultados de la prueba de ETS/HIV** **Educativos** **Otros: _____**

Toda la información con respecto a los registros anteriores pueden ser liberados menos los que proporcioné aquí:

Solicito que se utilice la información lanzada con arreglo a al presente autorización solo para los siguientes propósitos:

- Evaluación educativa Planificación educativa Otro _____

Una copia de esta autorización es válida como un original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

Firma de estudiante or representate

Relación al estudiante

Fecha