



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE ORANGE COUNTY
SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O REVELAR
INFORMACIÓN MÉDICA Y/O EDUCATIVA**

Nombre del estudiante (escriba otros nombres que use) N° de Historia clínica(si corresponde) Fecha de nacimiento

Domicilio del estudiante

Número de teléfono

Otro Número de Teléfono

Autorizo a la organización o a la persona siguiente a intercambiar la información médica/educativa de la persona nombrada anteriormente según se describe a continuación:

Organización/Persona	Organización/Persona
Organización/Nombre	Organización/Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal
N° de teléfono	N° de teléfono

Duración: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta (fecha) o durante un año a partir de la fecha en que se firma si no se indica una fecha.

Revocación: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante envío de dicha notificación escrita al organismo que revela la información. La revocación escrita será efectiva desde el momento de ser recibida, pero no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Nueva Instancia de revelación de información: Entiendo que la información médica utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva instancia de revelación por parte del receptor y ya no se encuentra amparada por las leyes y normas federales relacionadas con la privacidad de la información médica protegida. Asimismo comprendo que la confidencialidad de la información una vez divulgada a un organismo público de educación está protegida como historial del estudiante según los términos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés).

Información médica: Comprendo que autorizar la revelación de información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar la atención médica.

Especifique el o los registros: Indique el tipo de información que será revelada:

- Información médica Información de medicamentos Información psicológica
 Evaluación del habla/lenguaje Evaluación de terapia ocupacional/física
 Historial educativo Otro: _____

Solicito que la información divulgada de conformidad con esta autorización sea utilizada únicamente para los siguientes fines:

- Evaluación educativa Planificación educativa Otro: _____

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos personales.

Firma del estudiante o
del representante del estudiante

Descripción de la relación con el estudiante

Fecha