Chicago Public Schools

Consentimiento para la Divulgación/Intercambio de Registros e Información del Estudiante

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: ____/_____/_____

Doy permiso para que se divulgue/publique/intercambie lo siguiente:

☐ **Todos los registros escolares del estudiante,** incluyendo, pero no limitados a: información personalmente identificable; expediente cumulativo-permanente; registros de educación especial; registro académico; registro de disciplina; registro de salud; registro de asistencia; y puntajes de exámenes.

Sólo Registros Escolares Específicos:

☐ Información personalmente identificable
☐ Registro de Educación Especial (Evaluaciones del IEP, Planes 504)
☐ Registro Cumulativo-Permanente
☐ Registro de Salud
☐ Registro de Disciplina
☐ Datos de Monitoreo de Progreso
☐ Registro de Asistencia
☐ Puntajes de Exámenes
☐ Otro (Especificar): _____

Información de Salud/Médica:

☐ Cualquier y todos los registros en posesión de_____ incluyendo de salud mental, VIH y/o registros de abuso de sustancias
☐ Registros acerca del tratamiento para la siguiente condición o lesión:_____
☐ Registros que abarcan el período de tiempo entre _____ y_____
☐ Otro:_____

Esta información será divulgada/intercambiada entre:

Agencia(s)/ Escuela(s): _____
Address: _____ AND
Attn: _____

Chicago Public Schools, District #299
School/Department:_____
Attn:_____

Propósito: Esta información es para ser divulgada por pedido y será utilizada para el/los siguiente(s) propósito(s):

☐ Educational evaluation and program planning
☐ Medical evaluation and treatment
☐ Health assessment and planning
☐ Referral to a separate day school/residential facility
☐ Independent Educational Evaluation
☐ Other: _____

Estas divulgaciones están autorizadas conforme con Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (20 U.S.C. Sección 1232g), Ley de Registros Estudiantiles Escolares de Illinois, (105 ILCS 10/1 et seq.), la Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois(740 ILCS 110/1 et seq.). Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información a ser divulgada, cuestionar sus contenidos, y limitar mi consentimiento a registros designados o a porciones de la información contenida en estos registros. Comprendo que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando una nota escrita al Representante de Distrito Local de que retiro mi consentimiento. Comprendo que mi retiro de esta autorización no será efectivo para acciones tomadas por el Distrito Escolar o por el Proveedor de Servicios de Salud desde mi autorización y antes de mi aviso de rescisión. Entiendo que la falta de autorización a la divulgación de registros puede tener un impacto negativo en la programación educativa y/o el tratamiento médico de mi niño(a). Reconozco que los registros de salud, una vez que sean recibidos por el Distrito Escolar, pueden no estar protegidos por la Reglas de Privacidad de HIPPA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (20 U.S.C. Sección 1232g). Entiendo que si me niego a firmar, esta negación no interferirá con la capacidad de mi niño de obtener cuidado de salud. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar registros educativos y cuestionar sus contenidos +Reconozco que limitar la divulgación/intercambio de registros a una escuela privada de educación especial/institución residencial puede tener impacto en la habilidad del Distrito de asignar el estudiante a una institución no pública.

Esta autorización será válida por un (1) año calendario a partir de la fecha de consentimiento firmado que se indica abajo.

_____ _____
Firma del Padre Fecha Firma del Estudiante* Fecha

_____
Firma del Testigo Fecha

*Se requiere la firma del estudiante para su consentimiento si el estudiante tiene 12 años de edad o más