



ESTADO DE WASHINGTON

ESCUELA PARA CIEGOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120 · (360) 696-6321 · FAX (360) 737-2120

Programa de Sordociegos / Servicios de Difusión

Autorización para divulgación de registros en dos sentidos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Distrito escolar: _____ Fecha de hoy: _____

**Por este medio autorizo el intercambio de los registros médicos y educativos entre:
El Proyecto de Sordociegos de la WSSB/WA y las agencias o proveedores**

Marque todos los tipos de registros que pueden entregarse:

Registros médicos y de salud IEP/Registros de educación especial IFSP

Otros (especifique): _____

*La razón para entregar los registros es ayudar a determinar la elegibilidad para recibir educación especial o planear la educación y las consultas apropiadas.

Entiendo que la información recibida se tratará como confidencial y no se transmitirá a un tercero sin mi permiso. También entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de toda la información y a impugnar toda la información que considere que es incorrecta.

Entiendo que cualquier información entregada potencialmente podría ser divulgada o distribuida por el receptor, que puede no estar cubierto por las leyes de confidencialidad.

Entiendo que esta información recibida será tratada como confidencial por el distrito escolar, siguiendo las disposiciones de la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de las Familias (FERPA, por sus siglas en inglés). La FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas.

Recuerde que si la solicitud se refiere a información de salud o médica, la información médica recibida por el distrito es protegida de acuerdo con las normas de privacidad de FERPA aplicables al distrito escolar, y no de acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Esta autorización estará vigente del _____ al _____
(Fecha) (Fecha)

Nota: para divulgar registros médicos, esta autorización no puede tener una vigencia mayor a 90 días después de su firma.

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito. En caso de que retire mi consentimiento, eso no se aplicará a la información que ya haya sido provista en virtud del presente consentimiento para divulgación.

Firma del estudiante/padre/madre/tutor Fecha

Correo electrónico del padre/madre/tutor

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono

Obtenido por: Programa de Sordociegos de Washington

ASEGÚRESE DE RELLENAR AMBAS PÁGINAS

Entregar los registros a: (F) 833-903-0338 o Tracey Bjerke a tracey.bjerke@wssb.wa.gov (t) 360-947-3297

Programa de Sordociegos / Servicios de Difusión

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Distrito escolar: _____ Fecha de hoy: _____

Información de agencias o proveedores médicos, continuación:

Distrito/Agencia/Nombre de la persona:	
Proveedor/Clínica:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Distrito/Agencia/Nombre de la persona:	
Proveedor/Clínica:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Distrito/Agencia/Nombre de la persona:	
Proveedor/Clínica:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Distrito/Agencia/Nombre de la persona:	
Proveedor/Clínica:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Distrito/Agencia/Nombre de la persona:	
Proveedor/Clínica:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Entregar los registros a: (F) 833-903-0338 o Tracey Bjerke a tracey.bjerke@wssb.wa.gov
(t) 360-947-3297