

FECHA: _____

**Distrito Escolar Del Condado De Clark
Las Vegas, Nevada
División de Servicios para el Estudiante
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ FDN: _____ # ID: _____

Dirección: _____

- I. Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información específica tal y como se describe a continuación.
- II. Por la presente autorizo que se revelen los siguientes expedientes (describir la información específica que será utilizada o revelada: por ejemplo, expedientes médicos, expedientes académicos o el archivo completo). Fechas de los expedientes: De _____ a _____

- III. Motivos para el uso y/o la divulgación (por eje., cuidado médico, seguro médico, personal, abogado u otra razón descrita específicamente):

IV. Personas u Organizaciones autorizadas para realizar la divulgación:	Personas u Organizaciones autorizadas para utilizar o divulgar la información:
_____ Escuela/Organización/ Proveedor Médico	_____ Escuela/Organización/Proveedor Médico
_____ Dirección	_____ Dirección
_____ Ciudad Estado Código Postal	_____ Ciudad Estado Código Postal

V. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará. Entiendo que cualquier proveedor médico a quien se le suministre esta autorización no podrá condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios basándose en la presencia o ausencia de mi firma. El distrito mantendrá la privacidad de los expedientes educativos del estudiante conforme con las provisiones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. Sin embargo, entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización podría ser sujeta a una divulgación posterior no autorizada por la(s) persona(s) que la reciba(n), y a partir de entonces, esta información podría no estar protegida.

- Autorizo la divulgación de estos expedientes a través de la transmisión por facsímil (FAX). Entiendo y estoy de acuerdo con que si los expedientes fueran transmitidos inadvertidamente a un recipiente no autorizado, sin culpa de la persona que los envió, yo renuncio mediante la presente, a demandar al remitente y estoy de acuerdo con mantener al remitente libre de cualquier y de toda responsabilidad por los daños ocurridos, si hubiera alguno, durante la transmisión inadecuada.
- No autorizo que se divulguen los expedientes a través de la transmisión por facsímil (FAX).

VI. Entiendo que tengo el derecho a revocar a esta autorización en cualquier momento en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización lo debo hacer por escrito y presentar la revocación por escrito a la Escuela donde se firmó la autorización. Entiendo que la revocación no aplica a la información que ya se hubiere divulgado como respuesta a esta autorización. A menos que se haya presentado una revocación, esta autorización caducará el día _____. Si no se anota una fecha específica, esta autorización caducará seis meses después de la fecha de esta solicitud.

Por favor recuerde: El Distrito no paga por los expedientes. Si se requiere un pago, por favor obténgalo del padre o tutor directamente.

VII. Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

VIII. Solicitado por: _____
Nombre
Cargo
Escuela

- INSTRUCCIONES:**
1. TODOS LOS EXPEDIENTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEBEN SER SOLICITADOS Y/O ENVIADOS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS AL ESTUDIANTE.
 2. El padre, tutor, y/o la persona solicitante son los responsables de completar esta autorización.
 3. La primera parte de la sección IV debe especificar el nombre y la dirección de las personas u organizaciones que poseen los expedientes. La segunda parte deberá especificar el nombre y la dirección de las personas u organizaciones a las que se enviarán los expedientes.

UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA: Obtener información sobre otras organizaciones, divulgar información a otras organizaciones, divulgar la información a los padres de un estudiante de 18 años de edad o mayor.

