

SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMATION

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DISTRITO/ESCUELA: _____

Se deberá obtener consentimiento por escrito antes de divulgar información personal identificable sea por escrito u oralmente a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge cuales agencias intercambiarán información.
• Usted puede rehusar firmar este formulario de intercambio.
• La información acerca de su niño/a y de su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de la información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién se compartió la información.
• Este récord ayudará en la evaluación, examen y el desarrollo del IEP para su hijo/a.
• Usted tiene el derecho de revisar el récord.
• Sus derechos están preservados bajo: Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Derechos de Familias de 1974, Título 20 del Código de Los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34, Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
• Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes de cumplirse el año.

Yo doy mi permiso para que _____ intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a con las siguiente(s) agencia(s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrito (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/ con la agencia (s) especificada(s).

(El espacio al lado de la agencia puede ser usado para el teléfono o número de fax.)

- Checkboxes for agencies: Audiólogo, Servicios de California para Niños, Recursos Comunitarios de Guardería, Oficinas de Educación de Condado, Dep. de Salud Mental, Dep. de Rehabilitación, Centro de Recursos Familiares, Dep. de Servicios Sociales/Humanos, Programa de Desarrollo Infantil, Terapia Física/Ocupacional, Otro Especialista Médico, Doctor/Clinica de Cabecera, Enfermera de Salud Pública, Centro Regional, Terapeuta del Habla, Otro, Otro, Otro.

Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.

Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito: _____

Dirección: _____

Atención: _____

Teléfono: _____

Fax: _____