



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER  
LA INFORMACIÓN DEL ALUMNO  
AL O DEL  
MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

1936 Carlotta Drive, Concord, CA 94519  
Phone (925) 682-8000 or TDD 685-2962

FAX (925)687-3139  
Community Advisory Committee (CAC)  
Parent Resource Network (925)687-2129

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD ANTES DE SOLICITAR LA FIRMA DEL PADRE  
No deje espacios en blanco. Marque n/a donde corresponda.**

Nombre del Alumno (indique otros nombres que se haya usado) Escuela Donde Asiste Fecha de Nacimiento

Dirección del Alumno No. de Teléfono Otro No. de Teléfono

**Autorizo al siguiente individuo u organización, proveer la información educacional/médica del individuo anteriormente mencionado, de la siguiente manera:**

Individuo u Organización que Provee la Información:			Individuo u Organización que Recibe la Información:		
Parte que provee la información			Parte que Recibe la Información		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	FAX		Telephone	FAX	

**Duración:** Esta autorización deberá entrar en vigencia inmediatamente y deberá mantenerse en efecto hasta \_\_\_\_\_ (fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se ha puesto fecha.

**Anulación:** Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización, por escrito y en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a la agencia que provee la información. La anulación por escrito estará en vigencia, una vez recibida, pero no se aplicará a información ya divulgada en respuesta a esta autorización.

**Redivulgación:** Entiendo que la información sobre salud utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, puede estar sujeta a redivulgación por la persona que la recibe y ya no se encuentra protegida por las leyes federales y los reglamentos de las mismas, sobre la privacidad de información protegida de salud. Además entiendo que la confidencialidad de la información, una vez divulgada a una agencia educacional pública, está protegida como un registro estudiantil, conforme al Decreto de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. (FERPA, siglas en inglés).

**Inf. De Salud:** Entiendo que el autorizar la divulgación de información de salud, es en forma voluntaria. Puedo rehusar a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar un tratamiento médico.

**Especifique Expediente(s)** Indique el tipo de información a ser divulgada:

- Expediente Médico
- Special Education Records/Assessments
- Información Médica/Medicamentos: Expediente Médico # \_\_\_\_\_
- Expediente de Educación Especial/Evaluaciones
- Otro: especifique \_\_\_\_\_

**Solicito que la información divulgada conforme a esta autorización sea utilizada para los siguientes propósitos únicamente:**

- Evaluación Educativa
- Planificación Educativa
- Otro: \_\_\_\_\_

**Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización para mis registros.**

Fecha Firma del Padre o Apoderado Legal Relación con el Alumno

Transmisión de esta información a individuos o agencias no indicadas en este documento está prohibido sin el consentimiento por escrito. (E.C. 49075)

Nota: Esta autorización forma parte permanente del expediente del alumno, conforme a los reglamentos Estatales y Federales.