



**AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Otro Numero Telefónico

\_\_\_\_\_  
Ciudad                  Estado                  Código

Autorizo a la siguiente persona o organización que pueda revelar la información educativa o médica como se describe a continuación de la persona anterior nombrada:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Informante Partido

\_\_\_\_\_  
Nombre del Destinatario

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad                  Estado                  Código

\_\_\_\_\_  
Ciudad                  Estado                  Código

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**Duración:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigencia por un 1 año desde la fecha de firma o de otra fecha que se especifique aquí: \_\_\_\_\_(fecha).

**Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento al enviar notificación escrita a la parte reveladora. Revocación escrita será efectiva tras la recepción, pero no aplicará a información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización y excepto en la medida en que la parte reveladora o otros han actuado confiando en esta autorización.

**Re-divulgación:** Entiendo que el destinatario no puede legalmente usar más o revelar la información de salud a menos que otra autorización se consiga de mí o a menos que tal uso de divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley. Confidencialidad de la información de los estudiantes se mantiene según el Código del Bienestar e Instituciones de California, Sección 4514; Código de Educación, Sección 49075; y La Acta de Ley de Privacidad de los Derechos Educativos Familiares de 1974, 20 U.S.C. Sección 1232g (FERPA)).

**Registro(s) Especificados:** Indicar el tipo de información que va ser divulgada:

- Educativa
- Medica
- Medicación
- Psiquiátrica
- Salud Mental
- Visión
- Drogas/Alcohol
- Resultados de ETS/VIH
- Audiológica
- Otro: \_\_\_\_\_

Solicito que la información publicada en virtud de esta autorización será utilizada para los siguientes propósitos solamente:

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.  
Padre o tutor tiene derecho a una copia de esta autorización.