

# BURLINGTON AREA SCHOOL DISTRICT

*"Dedicado a desarrollar el deseo del aprendizaje de toda la vida"*

100 NORTH KANE STREET  
BURLINGTON, WI 53105

Phone: (262) 763-0210  
Fax: (262) 763-0215

## AUTORIZACION CONSEGUIR Y ENTREGAR INFORMACION

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_  
del estudiante \_\_\_\_\_ nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Complete la una o las dos de las siguientes declaraciones de autorización, marque con  la información que se puede entregar, y firme la autorización. Para dejar el cambio de información entre el Distrito Escolar del Area de Burlington y el individuo/entidad, por favor marque las dos declaraciones de autorización.

### DECLARACIONES DE AUTORIZACION:

- Por la presente, yo autorizo el Distrito Escolar del Area de Burlington que le entregue la información indicada abajo en cuanto al estudiante por cualquier manera (inclusivo métodos escritos, orales, o electrónicos) a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Y/O

- Por la presente, yo autorizo la agencia dicha que le entregue la información indicada abajo por cualquier manera (inclusivo métodos escritos, orales, o electrónicos) al Distrito Escolar del Area de Burlington.

Eche por correo a: \_\_\_\_\_

A la atención de: \_\_\_\_\_

### INFORMACION QUE SE PUEDE DECLARAR:

#### **Información de Educación/Archivos**

- Calificaciones  
 Archivos de Comportamiento  
 Archivos de Salud Física del alumno  
 Archivos psicológicos  
 Archivos de Educación Especial  
 Archivos de Otras Agencias  
 Archivos de Ejecución de la Ley

#### **Información de la Salud**

Información de la salud del paciente (Especifique o indique "Todos")  
\_\_\_\_\_

- Archivos del abuso de alcohol/drogas  
 Inhabilidades relativo al desarrollo  
 Archivos de la Salud Mental  
 Archivos de VIH (SIDA)

#### **Otros Archivos de Información**

- Especifique  
\_\_\_\_\_

**PROPOSITO DE LA DECLARACION:** Se pide esta información para la programación y el servicio educativos, la evaluación y el tratamiento médicos, las evaluaciones y la preparación de planes para la salud, u otros propósitos (especificados, como "por el pedido del individuo").

### RECONOCIMIENTO:

**Recibir archivos y autorización**—Yo comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de los archivos que se entreguen y el derecho de recibir una copia de la autorización.

**Retiro de autorización** – Comprendo que tengo el derecho de retirar esta autorización, salvo si ya se ha hecho la revelación conforme a esta autorización. Comprendo que mi revocación tiene que escribirse y entregarse a la persona/entidad que entrega la información.

**Re-revelación de información de la salud**—Comprendo que si se entrega la información sobre la salud de mi hijo/a conforme a esta declaración, puede volver a ser entregada por una persona que la recibe y tal vez no sea protegida por la ley federal.

**Autorización voluntaria**—Comprendo que un proveedor de cuidado de salud no puede condicionar tratamiento medical, pago, ni elegibilidad para beneficios de un plan de salud en tanto si firmo esta autorización como si no.

Este permiso está válido por un año desde la fecha que se firma. Una copia de este formulario sirve como el original. Certifico que soy el padre, guardian legal, representante personal del estudiante nombrado anteriormente, o que soy el estudiante y soy mayor de edad, y tengo la autoridad de firmar este comunicado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (Impreso, por favor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco al estudiante (padre, guardian, representante personal, o estudiante mayor de edad)