



AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN Y la liberación

alumno nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Complete uno o ambos de los estados de autorización a continuación, colocar marcas de verificación de la información que hayan podido descubrirse y firmar la autorización. Con el fin de permitir el intercambio de información entre el distrito escolar del área de Burlington y la persona / entidad identificada, por favor verifica tanto de las declaraciones de autorización.

ESTADOS autorización:

- presente autorizo la Burlington Area escuela del distrito a revelar por cualquier medio (incluyendo escrito, oral o medio electrónico) de la información se indica a continuación con respecto a la pupila a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Y / O

- presente autorizo mencionado agencia de revelar por cualquier medio (incluyendo medio escrito, oral o electrónica), la información indicada a continuación para el distrito escolar de Burlington Area.

Mail a: \_\_\_\_\_

ATTN: \_\_\_\_\_

Información sea revelada:

la educación de la Información / Registros de Información de Salud / Registros Otra información Records

- Informe sobre progreso Información médica del paciente
conductuales Records (especifique o la palabra "todos")
pupila físicas registros de salud
Registros psicológicos
de educación especial Records
exterior Agencia registra
Aplicación de la Ley Records
abuso de alcohol / drogas Records
Discapacidades del desarrollo
Registro de Salud Mental
VIH (SIDA) Registros

Exigencias de información: se solicita la información con el propósito de programación educativa y de servicios, evaluación y tratamiento médico, la evaluación de la salud y de planificación u otros (especificar, por ejemplo, "a solicitud de la persona").

RECONOCIMIENTO:

Recibir discos y Autorización - Yo entiendo que tengo derecho a una copia de los registros que se dan a conocer y el derecho a una copia de la autorización.

Retirada de la autorización - Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida en que la divulgación ya se ha hecho en base a esta autorización. Entiendo que mi revocación sólo es eficaz si se hace por escrito y se presenta a la persona / entidad que es la liberación de información.

Re-Divulgación de Información de Salud - Entiendo que si la información de salud de mi hijo se libera en virtud de esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por una persona que recibe la información de salud y no puede ser protegida por la ley federal.

Autorización voluntaria - entiendo que un proveedor de cuidado de la salud no puede condicionar el tratamiento del cuidado de la salud, el pago o la elegibilidad para los beneficios del plan de salud de si es o no firme esta autorización.

Este permiso es válido por un año forma la fecha de la firma. Una copia de esta forma es tan eficaz como el original. Certifico que soy el padre, tutor legal, representante personal del alumno nombrado anteriormente, o que soy la pupila y mayor de edad, y tienen autoridad para firmar este comunicado.

Firma

Fecha

Imprimir Nombre

Relación con el alumno (padre, tutor, personal representante alumno adulto)