

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

Permiso para la obtención y/o intercambio de información del expediente del estudiante

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Yo, como padre/madre/guardián del estudiante mencionado anteriormente autorizo el intercambio de los siguientes informes y/o expedientes pertenecientes a mi hijo(a):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Educativo Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Informes Terapéuticos | <input type="checkbox"/> Informes Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Informes del curso escolar | <input type="checkbox"/> Informes del Progreso | <input type="checkbox"/> Informes de Alta |
| <input type="checkbox"/> Informes Disciplinarios | <input type="checkbox"/> Informes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Impresos Médicos/Físicos |
| <input type="checkbox"/> Historial Social | <input type="checkbox"/> Informes Legales/Juzgado | <input type="checkbox"/> Informes de la Vista/Oído |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Asistencia | <input type="checkbox"/> Todos los Informes |

★ Esta información será enviada desde:

(nombre, dirección, teléfono y fax del médico)

Teléfono: _____
FAX: _____

Esta información será recibida en:

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311
Atención: _____

Esta información será enviada desde:

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

★ Esta información será recibida en:

(nombre, dirección, teléfono y fax del médico)

Teléfono: _____
FAX: _____

Esta divulgación está autorizada por mí, según lo dispuesto en el 20 U.S.C. § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq., con el siguiente propósito:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación Educativa | <input type="checkbox"/> Obtención de Servicios Particulares | <input type="checkbox"/> Continuación del Cuidado |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos Legales | <input type="checkbox"/> Obtención de Beneficios Sociales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que tengo el derecho a anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta autorización está limitada a los documentos que se citan anteriormente y que únicamente serán compartidas por las agencias y/o escuelas que se mencionan en este documento. También entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que será compartida, de poner en tela de juicio su contenido y de limitar mi autorización a determinados contenidos que se encuentren en los expedientes. Entiendo que mi negativa a autorizar el intercambio de la información especificada anteriormente hará que las personas, agencias y/o escuelas nombradas anteriormente no reciban dicha información. Y por lo tanto quedará anulado el propósito establecido en el apartado anterior.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____
Firma del Estudiante (si tiene 12 años o mayor de 12 años y los expedientes contienen información referente a su salud mental y/o información sobre el desarrollo de su discapacidad): _____ Fecha: _____

Testigos (18 años o mayor de 18 años): _____ Fecha: _____