

Adams Wells Special Services Cooperative
925 North Main Street – Bluffton, IN 46714
(260) 824-5880 – Fax (260) 824-8654

Autorización para la Liberación/Intercambio de Información

Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Escuela: _____ Grado: _____

Nombres de los Padres: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Se Concede Permiso
 El Permiso NO se Concede

Para Adams Wells Special Services Cooperative

Para Liberar Información: Verbalmente Escrito

Con Respecto con el estudiante de: _____ (Funcionario de la escuela)

Para Recibir Información: Verbalmente Escrito

Con respecto al estudiante de: _____ (Funcionario de la escuela)

(Escuela, agencia, clínica profesional y organización a la que se debe enviar la información)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) Teléfono: _____ Fax: _____

La Información Específica Que Debe Publicar/Recibir

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros Psicológicos | <input type="checkbox"/> Terapia Física/Terapia Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> IEP (Metas y objetivos) | <input type="checkbox"/> Informes de Visión/Audiología |
| <input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Informes de Terapia de hablar/Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Referencia Original | <input type="checkbox"/> Abuso Sustances |
| <input type="checkbox"/> Informes Médico | |
| <input type="checkbox"/> Registros de Tratamiento | |

Solicitado Por: _____

Entiendo que cuando mi información es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una revelación pro parte del receptor y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA Federal. He sido informado que tengo acceso y puedo revisar cualquiera o todos los registros escolares de mi hijo y si así lo desea desafiar el contenido de los registros. Todos los registros educativos están protegidos por la ley Federal Educación y la Ley de Privacidad (FERPA)

Esta versión es válida por un año a porito de la fecha de los permisos. En cualquier momento puedo revocar esto lanzamiento por escrito.

(Firma de los Padre/Guardianes)

Fecha

(Firma del Alumno)

Fecha

Esta autorización cumple con las leyes de HIPAA y Indiana