STUDENT SUPPORT SERVICES
1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks, CA 91362
(805)-497-9511

AUTORIZACION PARA EL USO/ U OTORGAMIENTO DE INFORMACION MEDICA Y/O EDUCATIVA

Nombre del Estudiante _____ Género _____ Fecha de Nacimiento _____

Padres/Nombre del Guardián _____ Escuela _____ Grado _____

Dirección _____ # de Apartamento _____ Numero de Contacto de preferencia (celular o casa) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Autorizo al Distrito Escolar Unificado del Valle de Conejo a:

☐ **Liberar a** ☐ **Solicite información perteneciente a la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:**

Información de divulgación individual u organizacional:	Individual or Organization Disclosing/Receiving Information:
CVUSD - _____(Escuela/Depto)	_____
Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Número de Teléfono _____	Número de Teléfono _____
Correo Electrónico	Correo Electrónico

Duración: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta_____o por un año a partir de la fecha de la firma si no se ingresó ninguna fecha.

Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a la agencia de publicación. La revocación por escrito entrara en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Reotorgamiento: Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales con respecto a la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa publica está protegida como estudiante en virtud de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Información De Salud: Entiendo que la autorización de otorgar la información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar la autorización.

Registros Específicos: Indique el tipo de información que se divulgará**:** ☐ **Información Médica** ☐ **Información de Medicamento** ☐ **Salud Mental** ☐ **Información psicológica o de asesoramiento** ☐ **Registros Educacionales** ☐ **Otro: _____**

Solicito que la información divulgada de conformidad con esta autorización se utilice únicamente para los siguientes fines:

☐ **Evaluación Educativa** ☐ **Planificación Educativa** ☐ **Otro: _____**

Una copia de esta autorización es tan válida como una original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

_____ _____ _____
Firma del Padre/Guardián Relación con el estudiante Fecha

Persona solicitando los registros: _____

Distribución: ☐ **Oficina del Distrito** ☐ **Persona/Agencia Apropiada** ☐ **Carpeta Acumulativa**