

## Solicitud para divulgar y guardar información confidencial

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

**Este permiso tendrá la siguiente duración:**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalizar \_\_\_\_\_

**Archivos que serán guardados o divulgados** (*se puede marcar más de una caja*)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archivos de Educación | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico   | <input type="checkbox"/> Psicológico        |
| <input type="checkbox"/> Audio Métricos        | <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje     |
| <input type="checkbox"/> Médico (Salud)        | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico   | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) |

**Nombre y Dirección del primer parte:**

**Nombre y Dirección del primer parte:**


\*\*Toda la información divulgada o guardada será en cumplimiento con la ley para los Derechos y Privacidad educativos de la familia y la Ley de Colorado para Registros Abiertos. No se divulgará o guardará ninguna información adicional sin la aprobación previa de los padres, (tutor legal), excepto en los casos estipulados por la ley.\*\*

**Consentimiento de los padres:**

**Para la comunicación verbal entre las dos partes:**  Si  No

**Para la comunicación escrita entre las dos partes:**  Si  No

*Yo comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento por escrito*

**Por la presente autorizo la transferencia de información según lo estipulado anteriormente:**  Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma del padre(es) o tutor(es) legal(es)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito padre(es) o tutor(es) legal(es)

**[Please FAX or send remittance to the address listed above, ATTN: Nursing]**