

Nombre Legal del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Identificación Local del Estudiante (SASID)	Fecha de la Reunión
-----------------------------	---------------------	---	---------------------

SOLICITUD PARA DIVULGAR O ASEGURAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
(No se requiere para divulgar a otra Unidad Administrativa)

Este permiso será válido por el siguiente período de tiempo. Inicia el _____ y terminará el _____

Indique su consentimiento	Registros/información que se divulgarán o asegurarán:	Indique su consentimiento	Registros/información que se divulgarán o asegurarán:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Audiométrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Psicológica
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Educativa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Terapia Física
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trabajo Social
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Propósito de la divulgación

El propósito de la divulgación pedida es el siguiente:

	De	A
Agencia		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código Postal		

Toda la información divulgada o asegurada será en cumplimiento de la Ley para los Derechos y Privacidad Educativos de la Familia (Family Education Rights and Privacy Act) y la Ley de Colorado para Registros Abiertos (Colorado Open Records Law). No se divulgará o asegurará ninguna información adicional sin la aprobación previa de los padres, excepto cuando lo exige la ley.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puede revocarse por escrito en cualquier momento. Con esta firma autorizo la transferencia de información como se indica en la parte de arriba.

Firma (Padre/Guardián/Padre Educativo Suplente)	Fecha

Fecha en que el Distrito/Unidad Administrativa recibió el consentimiento: _____