



Santa Barbara Unified School District

720 Santa Barbara Street, Santa Barbara, CA 93101 Phone 805-963-4338, TDD 805-966-7734, Fax 805-963-1992
www.sbsd.k12.org

PERMISO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Alumno/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar información educativa/médica de la persona arriba indicada, tal como se describe a continuación:

Información a divulgarse y recibida por:

Información a divulgarse y recibida por:

| | |
|---|---|
| <p>_____ Nombre del Profesional o Agencia</p> <p>_____ Dirección</p> <p>_____ Teléfono</p> <p>_____ Fax</p> | <p><u>Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara</u> Nombre del Profesional o Agencia</p> <p><u>720 Santa Barbara Street, Santa Barbara, CA 93101</u> Dirección</p> <p><u>(805) 963-4331</u> Teléfono</p> <p>_____ Escuela</p> <p>_____ Dirección de la Escuela</p> |
|---|---|

Al firmar confirmo que se puede intercambiar información y comunicación entre ambas partes relacionada con lo siguiente:

- Educativa
- Psicológica
- Médica
- De desarrollo
- Otra: _____

Solicito que la información divulgada se use sólo con las siguientes finalidades:

- Evaluación Educativa
- Planificación Educativa
- Otra: _____

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito. La revocación por escrito es vigente en cuanto se recibe pero no será aplicable a la información que se haya divulgado antes de la revocación escrita. Yo también entiendo que la información de salud puede ser divulgada posteriormente al personal escolar necesario en la agencia que lo recibe. La confidencialidad de la información divulgada está protegida como expediente escolar bajo el Acta de Derechos Educativos y de Privacidad Familiar (FERPA). Este acuerdo tiene efecto durante un año desde la fecha de la fecha, o hasta _____. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

Cualquier información recibida por la escuela pública deberá, en cumplimiento con la ley, incluirse en el expediente escolar del alumno/a. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma

Relación con el Alumno/a

Fecha