****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | |
| Sí  No | Audiométrica | Sí  No | Psicológica | |
| Sí  No | Educativa | Sí  No | Terapia Física | |
| Sí  No | IEP | Sí  No | Trabajo Social | |
| Sí  No | Médica | Sí  No | Habla/Lenguaje | |
| Sí  No | Terapia Ocupacional | Sí  No | Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Sí  No | Psiquiátrica | Sí  No | Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**