****

|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**