

## AUTORIZACIÓN PARA LA DILVULGACIÓN / INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo el intercambio de comunicaciones y la divulgación de los siguientes registros o información confidencial y / o comunicaciones relacionadas a

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del estudiante) \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento del estudiante)

(de aquí en adelante, "el Estudiante") entre la Asociación Cooperativa de Educación Especial ("C.A.S.E."),

sus agentes y empleados y \_\_\_\_\_:  
(Escriba el nombre de la persona / agencia)

_____ Evaluación psicológica	_____ Informes psiquiátricos / médicos
_____ Estudio de desarrollo social	_____ Planes de educación individualizadas
_____ Evaluación de habla y lenguaje	_____ Informe de progreso
_____ Historial médico	Otro: _____

Estas divulgaciones están autorizadas de conformidad con 20 U.S.C. Sección 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq., \* y deben ser hechos para los siguientes propósitos:

\_\_\_\_\_  
(Escriba los propósito(s))

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros y la información a divulgar, impugnar su contenido y limitar mi consentimiento a los registros designados o partes de la información o comunicaciones contenidas en esos registros. También entiendo que mi negativa a consentir el intercambio de registros y comunicaciones podría resultar en \_\_\_\_\_.

Esta autorización expira en un año de la fecha indicada abajo. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR  
(si el estudiante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (para registros de salud mental / discapacidad del desarrollo, si el estudiante tiene 12 años o más, pero menos de 18 años)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE TESTIGO (para registros de salud mental / discapacidad del desarrollo)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\* NOTA: Antes de que se divulgue la información de salud protegida, los proveedores de atención médica pueden requerir que el padre / tutor ejecute un formulario de autorización adicional para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud ("HIPAA").