

SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DISTRITO/ESCUELA: \_\_\_\_\_

Se deberá obtener permiso por escrito de los padres antes de divulgar información personal identificable por escrito u oral a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge con cuáles agencias intercambia información.
• Usted puede rehusar firmar este formulario.
• La información acerca de su hijo/a y su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién fue compartida.
• Este récord ayudará en la evaluación, examen y desarrollo del plan IEP de su hijo/a.
• Usted tiene el derecho de revisar el récord.
• Sus derechos están preservados bajo el Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Educación Derechos Familiares de 1974, Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34 del Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
• Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes del año.

Yo doy permiso a \_\_\_\_\_ para que intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a a la siguiente agencia (s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrado (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/a con la agencia(s) especificada.

Table with 3 columns: Teléfono #, Fax #, Nombre del Profesional o Agencia. Multiple rows for listing agencies.

Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_