

SPECIAL EDUCATION
WENATCHEE SCHOOL DISTRICT
112 S. Elliott
Wenatchee, WA 98801
(509) 663-7117 – FAX (509) 662-9227

PROPÓSITO: Como padre, tutor o estudiante, usted tiene el derecho de autorizar o no autorizar la cesión de los expedientes de su estudiante a otras personas o agencias. Esta solicitud le proporciona la oportunidad de aprobar o no tal acción, a menos que la cesión de expedientes se permita bajo una de las excepciones a las reglas que ponen en práctica el Family Education Rights and Privacy Act, (Acta de Derechos Educativos y de Intimidad de la Familia) FERPA , (por ejemplo, transferencia de expedientes de un distrito escolar a otro).

AUTORIZACIÓN PARA CESIÓN DE ARCHIVOS

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Distrito escolar: _____

Por este medio autorizo la cesión de archivos:

De: _____ A: _____
(Nombre de la agencia / persona) (Nombre de la agencia / persona)

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado Código, Postal

Ciudad, Estado Código, Postal

Indique los archivos a ceder:

La razón para ceder el/los archivo(s) es:

Entiendo que esta información obtenida será tratada de una manera confidencial por el distrito escolar bajo provisiones de FERPA . FERPA prohíbe revelar información personal identificable sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas. Observe, por favor ,que si la petición es para expedientes de salud o información médica, la información médica recibida por el distrito es protegida bajo las normas de privacidad de FERPA por un distrito escolar y no por HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act).

Esta autorización es válida de _____ a _____. Nota: Para la cesión de expedientes médicos, la autorización durará no más de 90 días a partir de la fecha en que se firmó.

Entiendo que mi consentimiento para la cesión de expedientes es voluntario y puede ser retirado, en cualquier momento, por escrito. Si retirara mi consentimiento, esto no se aplicaría a la información que ya ha sido proporcionada por consentimiento previo a la cesion de archivos.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Dirección de Calle

Ciudad, Estado, Código Postal