

Rhode Island Vision Education & Services Program

Autorización para Revelar Información Confidencial

Fecha:		Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento:	
Dirección Actual:	_____		Número de Teléfono:	
LEA/Escuela:	_____		Grado:	

AUTORIZO POR LA PRESENTE AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SERVICIOS DE VISIÓN RHODE ISLAND A:
 CONCEDER INTERCAMBIAR CON OBTENER DE INTERCAMBIAR VERBALMENTE CON
AGENCIA/ESCUELA/INDIVIDUO

Escuela/Agencia:	_____
Dirección Actual:	_____
Teléfono/Fax/ Correo electrónico:	_____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

<input type="checkbox"/> Registros Académicos	<input type="checkbox"/> Educacional	<input type="checkbox"/> Historia Social	<input type="checkbox"/> Calificaciones del Resumen de Resultados del niño
<input type="checkbox"/> Registros Médicos/De Salud	<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Clínico/Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Notas y Observaciones del Profesor/Terapeuta
<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> IFSP	<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Actas/Minutas de Reunión	<input type="checkbox"/> Neuropsicológico/Neurodesarrollo
<input type="checkbox"/> Formulario de Determinación de Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> Audiológico
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

FCON EL PROPÓSITO DE: <input type="checkbox"/> Planificación Educativa	<input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--------------------------------------

Dentro del entorno educativo, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) rige la confidencialidad y divulgación de los registros educativos. Este formulario se utiliza para solicitar la divulgación de información para ayudar a proporcionar programas y servicios educativos al estudiante mencionado. Este consentimiento tendrá una duración no mayor a un (1) año a partir de la fecha de este formulario. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito y ser recibida por Paul V. Sherlock Center on Disabilities, 600 Mt. Pleasant Avenue, Providence, RI, 02908. Por lo tanto, libero a RIVESP y a sus empleados de toda responsabilidad que surja de esta divulgación. Entiendo que un retiro no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que autorizar la divulgación de información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. Con ello existe la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por reglas de confidencialidad.

Esta autorización es válida hasta _____ a menos que el abajo firmante retire el permiso antes, por escrito.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre en letras de imprenta: _____

Testigo: _____