

# AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR INFORMACIÓN

Escuelas del condado de Dawson

Departamento de Programas Especiales  
28 Calle Principal Dawsonville, GA 30534  
706-265-3246 Ext. 1007  
Número de fax 706-216-5720

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FTE#: \_\_\_\_\_  
Padre(s)/Tutor(es): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa#: \_\_\_\_\_ Celúla #: \_\_\_\_\_

## Información requerida:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de hallazgos, tratamiento, recomendaciones  | <input type="checkbox"/> Historia del caso    |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta/liberación  | <input type="checkbox"/> Historial médico     |
| <input type="checkbox"/> Plan(es) de tratamiento   | <input type="checkbox"/> Informe Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso (como resúmenes de comportamiento)  | <input type="checkbox"/> Informe Psicológico  |
| <input type="checkbox"/> Programa Educativo Individual   | <input type="checkbox"/> Informe Educativo    |
| <input type="checkbox"/> Establecer líneas abiertas de comunicación durante la duración del servicio. (Las líneas abiertas de comunicación significarán el intercambio de información en el progreso/problemas del estudiante por contacto telefónico o contacto personal para mantener la continuidad de los servicios ametroong agencias proveedores.) |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   |   |

Por la presente autorizo al Sistema Escolar del Condado de Dawson a obtener/divulgar la información indicada anteriormente con respecto a lanombrado arriba estudiante de/a:

Agencia/Persona: \_\_\_\_\_ Dirección, número de teléfono/fax: \_\_\_\_\_

**ATTN: El propósito de esta información es ayudar en la planificación, desarrollo, e implementación de lanombrado arriba programa educativo del estudiante. Toda la información obtenida/divulgada se mantendrá estrictamente confidencial y no puede solicitarse/divulgarse sin su consentimiento por escrito.**

\*\*\*\*Entiendo que esta autorización incluye la divulgación de registros médicos que pueden incluir información sobre Virus de inmunodeficiencia (VIH), abuso psiquiátrico y/o de drogas/alcohol, enfermedad venérea y/o cualquier otra enfermedad protegida por la ley. Esta autorización y consentimiento caducará UN (1) año después de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto la acción que se haya tomado en base al mismo.\*\*\*\*

---

<b>Firma del padre/tutor legal</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma del testigo</b>	<b>Fecha</b>
------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------

Aviso de confidencialidad: este facsímil puede contener información de salud del paciente identificable individualmente. El uso y divulgación de la información contenida en este faxson está restringida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y está protegida por la Ley de Privacidad de 1974. Está destinada al uso de los destinatarios identificados anteriormente. Este material enviado por fax debe ser destruido apropiadamente cuando su uso seaNo requiere más tiempo. Si el lector de este mensaje no es el(los) destinatario(s) previsto(s) o el empleado o agente responsable de entregar la información adjunta al(los) destinatario(s) previsto(s), por favornota que cualquier difusión, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Cualquier persona que reciba esta comunicación por error debe notificar al remitente de inmediato y devolver el mensaje original a la dirección que figura en esta portada a través del correo de los EE. UU.