

Autorización educativa para divulgar informaciónNombre completo del miembro de la DDD (*Apellido y nombre(s)*): _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que la entidad siguiente divulgue mi información protegida de la salud:

Ámbito o agencia educativo/a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Permito que la información protegida de la salud que se ha indicado a continuación se divulgue a la División de Discapacidades del Desarrollo:

Plan de Educación Individualizada (IEP)	Informe de Equipo Multidisciplinario de Evaluación (MET)	Plan 504
Expedientes e informes de audiología	Informes psicológicos y psiquiátricos	Informes de terapia ocupacional
Informes de habla y lenguaje	Informes de fisioterapia	Rehabilitación vocacional
Archivos de ABA	Constancias (documentos) de adaptaciones (acomodations) para educación especial	Otras (<i>diga específicamente</i>):

Esta divulgación se hará a petición mía. Elijo no indicar el motivo para esta divulgación. La información se usará para determinar la elegibilidad para la División de Discapacidades del Desarrollo. La autorización se vencerá al año de la fecha indicada a continuación.

Entiendo que, una vez se revelen los archivos y la información que autorice por este medio que se divulguen a entidades o personas fuera de la División DDD, las entidades recipientes los pudieran volver a divulgar y ya no contarían con la protección de la Ley General de Portabilidad y Justificación de Seguro de Salud del 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, los proveedores de servicios para la División DDD del Departamento DES suelen quedar vinculados por contrato y en Derecho a mantener la confidencialidad de la información recibida sobre la salud y demás, sobre todo la que tuviera que ver con infección del VIH, SIDA o sus condiciones afines, así como condiciones psicológicas y psiquiátricas.

Vea la página 2 para leer la declaración de EOE/ADA

Al firmar esta autorización, entiendo que:

- Pudiera rehusarme a firmar la autorización; sin embargo, entiendo que entonces la División DDD no pudiera determinar elegibilidad para servicios.
- Pudiera inspeccionar o copiar toda información a divulgar mediante esta autorización.
- Pudiera obtener copia de este documento.
- Pudiera revocar la autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito de la revocación; salvo en cuanto ya se hubiera actuado con la autorización divulgada.
- Copia de la autorización será tan válida como la original.
- La División no reembolsará cargos por copias.

Nombre en letra de molde de padre, madre o tutor(a) legal: _____

Firma de padre, madre o tutor(a) legal: _____ Fecha de autorización: _____

(La siguiente sección solo la deben llenar los empleados de la DDD)

Fecha de la solicitud: _____

Para la División de Discapacidades del Desarrollo:

Dirección (*número, calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____ Número de fax (*si envía por fax*): _____

A la atención de: _____ Correo electrónico: _____