

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AUSTIN
Consentimiento para divulgar o pedir registro(s) del alumno

Los registros no se enviarán ni compartirán con otros individuos o agencias a menos que sea permitido con este consentimiento firmado.
Si usted necesita un intérprete, por favor llame al director de la escuela.

Nombre del alumno: _____ Escuela: _____
Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____
Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Agencia/Individuo (incluya nombre y puesto) que va a proporcionar o recibir los registros:

Nombre: _____
Calle: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Agencia/Individuo (incluya nombre y puesto) que va a proporcionar o recibir los registros:

Nombre: _____
Calle: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Razón por la cual se necesitan los registros: _____
¿Con qué frecuencia? Solamente una vez Continuo
Este consentimiento estará vigente desde _____
Si tiene preguntas, llame a: _____ Teléfono: _____ Número de fax: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS SIGUIENTES REGISTROS/DOCUMENTOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de educación general | <input type="checkbox"/> Reportes psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Registros de educación especial incluyendo:
<input type="checkbox"/> Evaluación individual y completa actualmente vigente | <input type="checkbox"/> Reportes de consejería / terapia |
| <input type="checkbox"/> Reportes de la junta del comité de admisión | <input type="checkbox"/> Evaluación del lenguaje y del habla |
| <input type="checkbox"/> Plan educativo individualizado | <input type="checkbox"/> Otra información:
Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud/médicos | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas / calificaciones / expediente académico |
| <input type="checkbox"/> Información sociológica / historial social | |
| <input type="checkbox"/> Registros de exámenes de visión y audición | |
| <input type="checkbox"/> Reportes psicológicos / individuales | |
| <input type="checkbox"/> Registros de disciplina | |

Yo doy mi consentimiento para el intercambio de información con la agencia o el individuo (arriba nombrados) para facilitar evaluaciones, coordinación de servicios, y tratamiento Sí No

Se me ha dado información completa y entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo retirarlo en cualquier momento.
Esta información será divulgada o pedida después de recibir mi consentimiento escrito.

(Firma) (Relación con el alumno) (Fecha)
Testigo: _____
(Firma) (Fecha)

- Fimo este formulario en representación del padre/madre ausente, yo comprendo que el Distrito Escolar Independiente de Austin depende de mi autoridad para divulgar los registros. Por la presente confirmo al AISD que tengo la autoridad para dar consentimiento.
- Un niño con discapacidades está protegido por las garantías procesales. Las leyes federales requieren que se proporcione a los padres y a los estudiantes adultos una explicación completa de sus derechos procesales en su idioma nativo o por otro medio de comunicación cada vez que el distrito proponga o se reuse a iniciar o cambiar la identificación, evaluación, o colocación educativa de su hijo o hija, o la provisión de una educación pública gratuita apropiada (FAPE) a su hijo. Se incluye un ejemplar de los derechos y garantías procesales con este formulario. Fecha de entrega: _____

• A: _____

PARA USO DEL DISTRITO ESCOLAR SOLAMENTE	
¿Se usó un intérprete para interpretar este formulario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma del intérprete:	Fecha: