



Solicitud Para Divulgar o Asegurar Información Confidencial

(No-se requiere para divulgar a otra Unidad Administrativa)

Nombre Legal del Estudiante	Fecha de Nacimiento
Identificación Local del Estudiante (SASID)	Fecha de la Reunión

Este permiso será válido por el siguiente periodo de tiempo. Inicia el ___ y terminará el ___.

Indique su consentimiento			Registros/Información que se divulgarán o asegurarán:
	Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audiométrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Educativa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IEP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicológica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia Física
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo Social
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habla/Lenguaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:

	De	A
Agencia		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código Postal		

Toda la información divulgada o asegurada será en cumplimiento de la Ley para los Derechos y Privacidad

Educativos de la familia (Family Education Rights and Privacy Act) y la Ley de Colorado para Registros Abiertos (Colorado Open Records Law.) No se divulgará o asegurará ninguna información adicional sin la aprobación previa de los padres, excepto cuando lo exige la ley.

Consentimiento de los Padres

Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puede revocarse por escrito en cualquier momento. Con esta firma autorizo la transferencia de información como se indica en la parte de arriba.	
Firma (Padre/Guardián/Padre Educativo Suplente)	Fecha

Fecha en que el Distrito/Unidad Administrativa recibió el consentimiento: