

Adams Wells Special Services Cooperative  
925 North Main Street – Bluffton, IN 46714  
(260) 824-5880 – Fax (260) 824-8654

**Autorización para la Liberación/Intercambio de Información**

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombres de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Se Concede Permiso  
 El Permiso NO se Concede

Para Adams Wells Special Services Cooperative

Para Liberar Información:  Verbalmente  Escrito

Con Respecto con el estudiante de: \_\_\_\_\_ (Funcionario de la escuela)

Para Recibir Información:  Verbalmente  Escrito

Con respecto al estudiante de: \_\_\_\_\_ (Funcionario de la escuela)

(Escuela, agencia, clínica profesional y organización a la que se debe enviar la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

La Información Específica Que Debe Publicar/Recibir

<input type="checkbox"/> Registros Psicológicos	<input type="checkbox"/> Terapia Física/Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> IEP (Metas y objetivos)	<input type="checkbox"/> Informes de Visión/Audiología
<input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Informes de Terapia de hablar/Lenguaje
<input type="checkbox"/> Formulario de Referencia Original	<input type="checkbox"/> Abuso Sustances
<input type="checkbox"/> Informes Médico	
<input type="checkbox"/> Registros de Tratamiento	

Solicitado Por: \_\_\_\_\_

Entiendo que cuando mi información es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una revelación pro parte del receptor y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA Federal. He sido informado que tengo acceso y puedo revisar cualquiera o todos los registros escolares de mi hijo y si así lo desea desafiar el contenido de los registros. Todos los registros educativos están protegidos por la ley Federal Educación y la Ley de Privacidad (FERPA)

Esta versión es válida por un año a porito de la fecha de los permisos. En cualquier momento puedo revocar esto lanzamiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
(Firma de los Padre/Guardianes)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma del Alumno)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Esta autorización cumple con las leyes de HIPAA y Indiana**