

Nombre del Estudiante	Fecha de nacimiento
<i>Autorizo al siguiente proveedor y/o institución para liberar información específica a las escuelas de la ciudad de Ogden.</i>	
Tutor Legal:	
Nombre del proveedor o institución:	
Dirección:	Ciudad:
Código Postal:	
<i>Esta información se utilizará con el fin de facilitar la reevaluación de educación especial del estudiante y / o facilitar el desarrollo del plan de servicios de educación especial para el estudiante.</i>	
<i>La información liberada incluye los servicios proveídos al estudiante desde su nacimiento hasta la fecha de la firma de esta solicitud.</i>	
La información específica que se solicita es:	
<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico de evaluación/exámenes	<input type="checkbox"/> Historial de desarrollo/médico
<input type="checkbox"/> Planes para un tratamiento o recomendaciones	<input type="checkbox"/> Admisión/resúmenes de alta
<input type="checkbox"/> Otro. Describir: _____	<input type="checkbox"/> Seguimiento/informes de progreso
Enviar la información solicitada a:	
Ogden School District, Student Services	
Records will be viewed by the following:	
<input type="checkbox"/> Enfermera de la Escuela	<input type="checkbox"/> Coordinador de la sección 504 del distrito
<input type="checkbox"/> Consejero	<input type="checkbox"/> Coordinador de la sección 504 de la escuela
<input type="checkbox"/> LEA/ Principal	<input type="checkbox"/> Psicólogo de la escuela
<input type="checkbox"/> Petdonal de la Escuela	<input type="checkbox"/> Patólogo del habla
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Address :	Fax:
Student Services 1950 Monroe Blvd. Ogden , UT 84401	801-737-8869
Esta autorización se mantendrá vigente por seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. El padre/tutor/estudiante mayor de edad tiene el derecho de revocar esta autorización mediante una notificación por escrito al proveedor medico en consonancia con la póliza del proveedor médico. La revocación no afecta la liberación de los registros médicos realizados antes de la revocación.	
El proveedor médico no es responsable de futura información liberada por el Distrito Escolar. Si la información es liberada a alguna persona o institución que no se le requiere legalmente mantenerla en confidencia, la información ya no podrá ser protegida por Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), o cualquier otra ley estatal o federal.	
Los registros médicos liberados pueden formar parte de los registros de educación del estudiante, podrán ser enviados a otra escuela en la cual el estudiante desea inscribirse, cualquier información podrá ser inspeccionada por el padre/tutor o el estudiante mayor de edad.	
La firma de este formulario es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el compromiso que la escuela o el distrito tienen de proporcionar una educación apropiada para el estudiante. Sin embargo, los registros solicitados podrán ser necesarios para que la escuela implemente un plan apropiado de educación de la manera más oportuna. El padre/tutor o estudiante mayor de edad, tiene derecho a una copia de este formulario después de firmar.	
<i>Al firmar abajo, yo autorizo la liberación y el uso de la información de acuerdo con los derechos, restricciones y comprensión de arriba.</i>	
_____	_____
Firma del padre/tutor legal/estudiante mayor de edad	Fecha de firma
_____	_____
Nombre del padre/tutor legal/estudiante mayor de edad	Fecha de expiración de la autorización