



# FRESNO COUNTY SELPA SPECIAL EDUCATION LOCAL PLAN AREA

Trina Frazier, Assistant Superintendent

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA APOYO DE INTERVENCION OBSERVACION Y CONSULTA

Al(Los) Padre(s)/Tutor(es) de:

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Aunque hay estrategias de consejería y comportamiento disponibles por el personal escolar del distrito, apoyo adicional puede ser requerido para satisfacer las necesidades educativas de su niño. Por lo tanto, estamos solicitando su permiso para referir a su niño al equipo de Apoyo de Intervención del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno (FCSS por sus siglas en ingles) para observación y consulta para obtener información para ayudar al equipo del IEP en desarrollar un programa educativo apropiado para su niño.

Yo doy mi permiso para esta referencia para observación y consulta del equipo de Apoyo de Intervención de FCSS. El equipo puede observar a mi niño en su ámbito educativo y/u otros ámbitos, consultar con el personal como se considere necesario para ayudar en el desarrollo del equipo del IEP. Esto también puede incluir entrevistar al estudiante, entrevistar al personal, revisar los registros, recopilar información de referencia y similares.

Yo **no** doy mi permiso para la referencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

1111 Van Ness Avenue • The Towers, Suite 8 • Fresno, California 93721-2000  
(559) 497-3779 • TDD (559) 497-3912 • Web Site: [www.fcoe.org](http://www.fcoe.org) • FAX: (559) 265-3076



## Autorización del Padre/Tutor para Divulgar e Intercambiar Información

**INFORMACION DEL ALUMNO/PACIENTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo

Yo autorizo a los siguientes individuos o organizaciones a divulgar e intercambiar la información médica/educativa del individuo mencionado arriba como es descrito abajo (marque como sea necesario):

Distrito Escolar de \_\_\_\_\_

Centro de Diagnóstico de CDE para Niños Neurológicamente Incapacitados

Proyecto Elk's Major de California-Hawaii

Centro Regional del Valle Central (CVRC por sus siglas en ingles)

Centro Medico Regional Comunitario

Departamento de Rehabilitación

Padres Excepcionales Ilimitados (EPU por sus siglas en ingles)

Departamento de Servicios Sociales del Condado de Fresno

Departamento de \_\_\_\_\_ de Valley Children's Healthcare

Medico/Clínica/Otro \_\_\_\_\_

Comisión de Oportunidades Económicas del Condado de Fresno – Inicio Temprano

Departamento de Salud/Sistema de Servicios Humanos del Condado de Fresno (Servicios para Niños de California/MTU, Enfermería de Salud Pública, Servicios de Salud Mental para Niños)

Fresno County Superintendent of Schools

Departamento de Libertad Condicional del Condado de Fresno

Parálisis Cerebral Unido

Hospital/Centro Medico \_\_\_\_\_

Programa Diario para Adultos \_\_\_\_\_

### DESCRIPCION DE INFORMACION A SER DIVULGADA E INTERCAMBIADA (MARCE COMO SEA NECESARIO):

Registro de Vacunas

Reportes Operativos

Resumen de Clínica Ambulatoria

Ordenes Medicas

Resultados de Laboratorio/Reportes de rayos X

Fechas/Horas de Citas

Historial y Examen Físico

Resumen de Dado de Alta

Registros de Salud Mental

Reportes de Consulta

Registro Educativo

Otro: \_\_\_\_\_

**Solicito que la información divulgada e intercambiada de acuerdo a esta autorización sea usada solamente con los siguientes propósitos:**

Evaluación Educativa

Planeación de Cuidado de Salud

Planeación Educativa

Otro: \_\_\_\_\_

**Para revocar cualquier autorización aquí otorgada, favor de enviar notificación por escrito a:**

## Autorización del Padre/Tutor para Divulgar e Intercambiar Información

### INFORMACION DEL ALUMNO/PACIENTE:

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo

### DURACION:

Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_ (fecha) o por un año apartir de la fecha de la firma si no se ingresa un fecha.

### REVOCACION:

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, pro escrito, en cualquier momento al enviar tal notificación escrita a(los) individuo(s) y organización(es) identificada en la caja en la página 1 de este formulario. Revocación por escrito será efectiva en cuanto sea recibida, pero no aplicara a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.

### RE-DIVULGACION:

Yo entiendo que la información de salud protegida usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser sujeta a volver a ser divulgada por el destinatario y puede ya no ser protegida por las leyes y reglamentos federales con respecto a la privacidad de información de salud protegida. También entiendo que la confidencialidad de la información cuando sea divulgada e intercambiada a una agencia educativa publica es protegida como un expediente del estudiante bajo la Ley de Derechos Educativos Familiares y Privacidad (FERPA por sus siglas en ingles).

### INFORMACION DE SALUD:

Yo entiendo que autorizando la divulgación de la información de salud es voluntaria. Yo puedo rehusar el firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para poder asegurar tratamiento médico.

Usted puede inspeccionar o copiar la información a ser divulgada, como se provee en CFR 164.524.

Si un Representante del Persona ejecuta este formulario, ese Representante garantiza que él o ella tienen autorización para firmar este formulario en las bases de su relación legal al alumno mencionado arriba. El Representante del Personal ejecutando este formulario garantiza que su relación al alumno mencionado arriba es: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Crianza/Estudiante Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso (Padre/Tutor/Crianza/Estudiante Adulto)

*Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.*