



Consentimiento de Varias Partes para Divulgar/Intercambiar Información

El joven/estudiante cuya información puede ser divulgada:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

A continuación, se enumeran las agencias que proporcionar servicios a los niños y sus familias. El propósito de esta divulgación/intercambio de información es ayudar a coordinar los servicios, proporcionar programas y servicios apropiadas y garantizar que el niño y la familia reciban los servicios lo más rápido posible. Ponga sus iniciales junto a las agencias que pueden colaborar para su hijo.

| Iniciales | Agencia/Programa |
|-----------|--|
| | Unidad de Servicio Educativos #2 (2320 N. Colorado Ave. Fremont, NE 68026) |
| | Distrito Escolar, especifique: |
| | Medico/Clínica/Terapista/Hospital, especifique: |
| | Nebraska DHHS |
| | Justicia Legal/Juvenil, especifique: |
| | Otro, especifique: |

Doy mi consentimiento como padre/tutor del menor de edad, a las agencias identificadas anteriormente para compartir la información las cuales he marcado con mis iniciales:

| Iniciales | Tipo de Información |
|-----------|--|
| | Información médica: información personal de salud (PHI)-enumere las excepciones: |
| | Información de salud mental, incluidos registros de abuso de alcohol, drogas y sustancias-enumere las excepciones: |
| | Registros Educativos-enumere las excepciones: |
| | Justicia legal/juvenil-enumere las excepciones: |
| | Otra, especifique: |

Explicación de derechos: Entiendo que:

- 1) Puedo revocar esta divulgación antes del período de vencimiento establecido a continuación proporcionando un aviso por escrito de la revocación a la escuela o la parte divulgadora,
- 2) Tengo derecho a recibir una copia de dichos registros a pedido,
- 3) Si no doy mi consentimiento para compartir información, los servicios educativos existentes de mi hijo/a no serán retenidos,
- 4) Si no doy mi consentimiento para compartir información, es posible que las agencias no puedan determinar los mejores servicios disponibles para mi hijo y mi familia; y
- 5) Autorizo la divulgación de información protegida por la ley federal. Esta información, una vez divulgada, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley estatal o federal.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre del Padre/Tutor Legal

Fecha

Correo Electrónico de Padre/Tutor Legal: _____

Número de Teléfono de Padre/Tutor Legal: _____

A menos que se indique lo contrario, este comunicado es válido por un año a partir de la fecha indicada anteriormente.
Al firmar este formulario, permite que los proveedores enumerados divulguen y reciban información médica personal confidencial.