



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO CAPISTRANO

Programa de Educación Individualizada

PERMISO DE LOS PADRES PARA PROVEER INFORMACIÓN (Medica, Salud, Sicológica)

INFORMACIÓN DEL ALUMNO				
Nombre/s _____	Apellido/s _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____	Fecha de Hoy _____
ID # del Alumno _____	Escuela Actual _____	Programa Actual _____	Grado _____	Nombre del Maestro _____
Yo doy consentimiento, solicito y autorizo a cualquier y toda persona o entidad descrita abajo para que intercambie con el Distrito cualquier o toda la información medica, social, sicológica, con relación a la persona describa arriba. Entiendo que esta información será usada para planear servicios educacionales				
1. Nombre _____	Dirección _____			
Teléfono _____	Fax _____	Ciudad / Estado / Código Postal _____		
2. Nombre _____	Dirección _____			
Teléfono _____	Fax _____	Ciudad / Estado / Código Postal _____		
3. Nombre _____	Dirección _____			
Teléfono _____	Fax _____	Ciudad / Estado / Código Postal _____		
4. Nombre _____	Dirección _____			
Teléfono _____	Fax _____	Ciudad / Estado / Código Postal _____		
5. Nombre _____	Dirección _____			
Teléfono _____	Fax _____	Ciudad / Estado / Código Postal _____		

Yo / Nosotros entendemos que este permiso es voluntario. El tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad de beneficios no podrá ser condicionado al firmar este permiso, excepto si el permiso es para conducir un tratamiento relacionado con investigaciones, para obtener información in conexión con elegibilidad o inscripción en un plan de seguro, para determinar la obligación de una entidad para pagar una reclamación, o para crear información de salud para proveer a terceras personas. Yo / Nosotros entendemos que este permiso es valido por un periodo de tiempo en el cual mi hijo asiste al Distrito. Un copia o fax de este permiso es tan valido como el original. Yo / Nosotros podemos revocar este permiso en cualquier momento, con la condición que yo / nosotros lo hagamos por escrito y lo presentemos al departamento. La revocación tomará efecto cuando el Departamento lo reciba, excepto al punto en que el departamento u otros lo hayan usado. Yo / Nosotros estamos autorizados a recibir una copia de esta permiso.

El Departamento y muchos otras organizaciones e individuos tales como, doctores, hospitales y planes de salud son requeridos por ley mantener la información sobre la salud de su hijo confidencial. Si usted ha autorizado revelar la información sobre la salud de su hijo al alguien que no esta legalmente obligado a mantener la información confidencial, no podrá ser protegido por las leyes confidenciales estatales y federales.

Por favor envíe o mande este documento por medio de Fax a:

Nombre _____ Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Una fotocopia / fax de este documento es tan valido como el original.
Este permiso deberá ser efectivo hasta que su revocación por escrito haya sido entregada al distrito escolar.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Parentesco con el Alumno / a

Fecha recibida por el Distrito _____