



## Autorización para la divulgación de registros

**OBJETIVO:** Como padre, tiene el derecho de otorgar autorización o denegar autorización para la divulgación de los registros de su hijo a otras personas o agencias. Esta solicitud le brinda la oportunidad de aprobar o no aprobar dicha solicitud a menos que la divulgación de registros esté permitida bajo alguna de las excepciones de las reglas implementadas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia, FERPA.

**NOMBRE DEL NIÑO** \_\_\_\_\_ **SSID #** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO** \_\_\_\_\_ **AGENCIA LOCAL PRINCIPAL** \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN VERBALMENTE, POR ESCRITO O ELECTRÓNICAMENTE ENTRE EL PROGRAMA WSDS Y LAS AGENCIAS/PERSONAS A CONTINUACIÓN PARA EL/LOS SIGUIENTE(S) PROPÓSITO(S)** (marque uno o más):

- Determinar la elegibilidad para el programa WSDS
- Identificar los servicios de intervención temprana apropiados a través del proceso del IFSP/IEP
- Compartir los resultados de la evaluación/visión y todas las notas sobre los avances
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Washington Sensory Disabilities Services**  
*Nombre de la agencia/persona*

y \_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia/persona*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal*

y \_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia/persona*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal*

y \_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia/persona*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal*

y \_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia/persona*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

## Al dorso →

**LOS REGISTROS A INTERCAMBIAR INCLUYEN** (marque todo lo que corresponda):

- Información médica/de salud
- Resultados de la evaluación/revisión para  visión  audiencia
- Información actual de desarrollo
- Notas de IFSP/IEP
- Otro (especifique)

---

Entiendo que esta información obtenida será tratada de manera confidencial por la agencia local principal bajo las disposiciones de la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA). La ley FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento excepto en limitadas circunstancias.

**INDICAR EL PLAZO DE APLICABILIDAD:**

Esta autorización tiene vigencia por un año. Especificar fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
*Fecha de finalización*

Esta autorización tiene vigencia desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
*Fecha Fecha*

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. En caso de retirar mi consentimiento, no tendrá efecto alguno sobre la información ya proporcionada antes del consentimiento previo para la divulgación.

---

*Firma del padre*

---

*Fecha*

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono(s) (cell, home) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_