SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMATION

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DISTRITO/ESCUELA: _____

Se deberá obtener consentimiento por escrito antes de divulgar información personal identificable sea por escrito u oralmente a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge cuales agencias intercambiarán información.
- Usted puede rehusar firmar este formulario de intercambio.
- La información acerca de su niño/a y de su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de la información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién se compartió la información.
- Este récord ayudará en la evaluación, examen y el desarrollo del IEP para su hijo/a.
- Usted tiene el derecho de revisar el récord.
- Sus derechos están preservados bajo: Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Derechos de Familias de 1974, Título 20 del Código de Los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34, Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
- Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes de cumplirse el año.

Yo doy mi permiso para que SCOE DHH Program intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a con las siguiente(s) agencia(s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrito (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/ con la agencia (s) especificada(s).

(El espacio al lado de la agencia puede ser usado para el teléfono o número de fax.)

- ☒ Audiólogo: _____
- ☐ Servicios de California para Niños: _____
- ☐ Recursos Comunitarios de Guardería: _____
- ☐ Oficinas de Educación de Condado: _____
- ☐ Dep. de Salud Mental: _____
- ☐ Dep.. de Rehabilitación: _____
- ☐ Centro de Recursos Familiares: _____
- ☐ Dep. de Servicios Sociales/Humanos: _____
- ☐ Programa de Desarrollo Infantil: _____
- ☐ Terapia Física/Ocupacional: _____
- ☒ Otro Especialista Médico: ENT
- ☐ Doctor/Clínica de Cabecera: _____
- ☐ Enfermera de Salud Pública: _____
- ☐ Centro Regional: _____
- ☐ Terapeuta del Habla: _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ Otro: _____

Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito: Sonoma County Office of Education

Dirección: 5340 Skylane Blvd., Santa Rosa, CA 95403

Atención: Neisha Smith

Teléfono: 707-524-2700 Fax: 707-578-3156