



**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**  
 1001 Leicester Road\* Elk Grove Village, IL 60007  
 PH: (847) 593-4300 \* FAX: 847-593-4352

**AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR  
 ARCHIVOS Y/O INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del/los padre(s) \_\_\_\_\_ ID del estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió (*Dist. 59*) \_\_\_\_\_

Última fecha que asistió (*Dist. 59*) \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo/autorizamos que se divulgue y/o intercambie la siguiente información:

- Todos los archivos permanentes (incluyendo, entre otros, información básica de identificación, acta de nacimiento o cualquier otra prueba de la identidad del estudiante, transcripción de créditos académicos, registro de asistencia y expediente de salud, según sea el caso.
- Todos los archivos provisionales (incluyendo, entre otros, resultados de las pruebas estatales administradas en los grados K-8, registro de disciplina, información de salud, registro de accidentes, información familiar, informes de evaluaciones psicológicas, resultados de prueba de aptitud y aprovechamiento, informes de calificaciones, honores y premios, información de progreso académico, archivos de educación especial y/o Ley IDEA, y archivos de Sección 504).

Estas divulgaciones están autorizadas bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (20 U.S.C. Sección 1232g), Ley de Archivos Escolares de los Estudiantes de Illinois (105 ILCS 10/1 *et seq.*), Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (740 ILCS 110/1 *et seq.*)\*, y se deben hacer para propósitos de:  Evaluación y/o planificación educativa  Otro [especifique]:

\*Antes de divulgar información protegida sobre la salud, los proveedores de servicios de salud pueden requerir que un padre/tutor firme un formulario adicional de autorización para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (conocida en inglés por las siglas HIPAA).

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará, así como cuestionar el contenido y limitar mi consentimiento a archivos designados o porciones de la información contenida en los archivos. También entiendo que mi negativa a consentir el intercambio de archivos y comunicaciones podría resultar en una planificación educativa incompleta y/o inapropiada para el estudiante. Este consentimiento expira al cabo de un año a partir de la fecha indicada abajo. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

- Autorizo al Distrito 59 a divulgar información concerniente al estudiante arriba indicado.
- Autorizo al Distrito 59 a obtener información concerniente al estudiante arriba indicado.

A: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Para propósitos de: \_\_\_\_\_

Escoja todas las opciones aplicables:  Archivos del estudiante  Otro

Nombre impreso \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ [Si es menor de 18 años, se requiere la firma del padre o madre].

Firma del testigo [*se requiere para los archivos de salud mental o discapacidades del desarrollo*] \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante [*se requiere para los archivos de salud mental o discapacidades del desarrollo*] \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ (si el estudiante tiene 12 años o más)