

Please forward to:

**Washoe County School District
Student Support Services
380 Edison Way
Reno, Nevada 89502**

Telephone: 775-857-3161

Fax: 775-861-4497

**PARENT CONSENT TO RELEASE OR EXCHANGE CONFIDENTIAL INFORMATION
(Consentimiento de los padres para dar a conocer o intercambiar información confidencial)**

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Escuela _____ Grado _____

De acuerdo a lo requerido en el Acta de los Derechos Educativos de la Familia y la ley de Privacidad de 1974, debemos obtener consentimiento de los padres antes de intercambiar o dar a conocer expedientes confidenciales y/o información de tipo verbal, con ciertas agencias o personas ajenas al distrito escolar. Los motivos por los cuales solicitamos su consentimiento para dar a conocer o intercambiar expedientes, son los siguientes:

- Necesitamos más información acerca de su hijo/a para determinar si reúne los requisitos necesarios para recibir programas o servicios especiales ofrecidos por el distrito escolar.
- Necesitamos más información acerca de su hijo/a para mejorar los servicios o programas que le estamos proporcionando.
- La persona, agencia o programa que se menciona más adelante, necesita información del distrito escolar para poder proporcionar o coordinar servicios para ayudar a sus hijos.
- Otro _____

El distrito escolar intercambiará o dará a conocer información a la agencia o programa siguiente: (I.P. se refiere a las Iniciales del Padre o Tutor)

- | | | |
|--|---|---|
| I.P. | I.P. | I.P. |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Médica _____ | <input type="checkbox"/> Eval. Psiquiátrica _____ | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica _____ |
| <input type="checkbox"/> Exámenes Académicos _____ | <input type="checkbox"/> Resumen de salida _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
- (Especifique)

Por favor, sepan que el distrito escolar está obligado a mantener de manera estrictamente confidencial todo tipo de información que le sea facilitada por cualquier otra agencia. ***El padre o guardián deberá marcar con sus iniciales cada una de las áreas aprobadas para intercambiar información.**

Persona, agencia o programa que solicita el intercambio de información:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓD. POSTAL _____

TEL./FAX _____

Doy mi consentimiento voluntariamente al distrito escolar para que éste dé a conocer o intercambie información con la persona, agencia o programa previamente mencionado, con los fines ya descritos. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento, con excepción de que ya se haya llevado a cabo el intercambio de información. La autorización vence a los 90 días de haberse firmado.

- Expedientes recogidos personalmente por el abajo firmante en la fecha de hoy.

Firma del Padre/Guardián/Estudiante

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Distribución: 1- Agencia o escuela receptora 2-Servicios Psicológicos 3- Padre 4-Expediente IEP