

**AUTORIZACION PARA SOLICITAR DOCUMENTOS Y COMUNICACION**

Yo \_\_\_\_\_,  cliente  padre  guardian legal  "persona a cargo",  
autorizo a \_\_\_\_\_ para  solicitar los documentos  
Institución/Agencia/Profesional  
marcados abajo para revisarlos y/o para copiarlos y/o  para comunicarse con el(los) solicitante(s)  
mencionados abajo con respecto a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Cliente/estudiante Fecha de nacimiento  
para el proposito de: \_\_\_\_\_

Solicitador(es): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre y Titulo telefono

Agencia/Dirección, Ciudad, Estado, Zona Postal

Este consentimiento es válido hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, al menos que le envíe a: \_\_\_\_\_  
una renuncia por escrito.

**INFORMACION SOLICITADA**

Los documentos que pueden solicitar cubren desde la fecha del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Opción)

- | <u>Evaluación /Prueba</u>  | <u>Tratamiento</u>                                 | <u>Documentos de Educación</u>                   |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reporte Sicológico                          | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento       | <input type="checkbox"/> Grado/transcripciones   | <input type="checkbox"/> Asistencia                  |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Trabajo Social                   | <input type="checkbox"/> Documentos de tratamiento | <input type="checkbox"/> Documentos de Salud     | <input type="checkbox"/> Documentos Disciplinarios   |
| <input type="checkbox"/> Reporte Siquiátrico                         | <input type="checkbox"/> Reporte de Progreso       | <input type="checkbox"/> Calificaciones          | <input type="checkbox"/> Plan IEP/504                |
| <input type="checkbox"/> Prueba Educacional                          |  | <input type="checkbox"/> Reporte del Habla TO/FT | <input type="checkbox"/> Junta del Plan Diciplinario |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Evaluaciones recibidas de _____ |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                                  |  |  |  |

**Documentos de Salud Mental:** Entiendo completamente la naturaleza y el propósito de esta autorización, el derecho de revisar y hacer copias de los documentos que se solicitan y que a cualquier hora puedo renunciar este consentimiento. Si renuncio a dar consentimiento para la solicitud de estos documentos, me han explicado, si hay alguna, las consecuencias de: \_\_\_\_\_

**Documentos escolares:** Entiendo que tengo el derecho de revisar, copiar y hacer preguntas acerca del contenido de los documentos escolares, por lo cual autorizo que los soliciten. También tengo el derecho de designar los documentos escolares del estudiante que se solicitan o para identificar porciones específicas de los documentos escolares de los cuales doy mi consentimiento para solicitarlos. Cualquier limitación de este tipo esta anotada arriba.

_____ Firma de la persona que autoriza	_____ Fecha
_____ Firma del menor con más de 12 años de edad (Documentos de Salud Mental)	_____ Fecha
_____ Firma del Testigo (Documentos de Salud Mental)	_____ Fecha

Nota par el Agent/Persona que recibe los Records. Sobre la provisión del Acto Confidencial de Salud Mental y Desarrollo de Incapaciadas, 740 ILCS 110/5(d), Acto de los derechos de Privacidad de Educación Federal 34 CFR 99.33(a) y Acto de documentos Escolares en Illinois, 105ILCS 10/6(d), no pueden revelar cualquiera de la información recibida, sin obtener permiso escrito especifico conforme al Acto apropiado.