



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO

7227 Land O' Lakes Boulevard

Land O' Lakes, Florida 34638

MIS Form #401 Sp.

Rev. 7/15

REFERIDO A CONSEJERÍA / PROGRAMA TOOLS

Nombre de la agencia / programa

Medicaid / Solamente referido

Escuela _____

Estudiante #: _____

Nombre estudiante: _____ Grado: ____ Sexo: ____ Fecha nacimiento: _____ Edad: ____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Padre/madre/encargado legal: _____

Dirección: _____

Breve explicación del problema actual: _____

Por este medio se otorga autorización a representantes de la agencia arriba indicada y al Distrito Escolar del Condado de Pasco para comunicar e intercambiar información referente al niño(a) arriba mencionado.

Esta autorización expira dentro de un año a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique otra cosa. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por el cliente/representante. La revocación no tendrá efectos en acciones tomadas con anterioridad.

Estos expedientes serán usados solamente por el personal autorizado del Distrito Escolar del Condado de Pasco y por el proveedor arriba indicado. Los expedientes o información no puede ser entregada, excepto con la condición de que la misma no puede ser a su vez subsecuentemente entregada a una TERCERA PARTE sin obtener primero el debido consentimiento del padre/madre/encargado legal o estudiante elegible. Por favor, considérese avisado de que NO SE REQUIERE YA permiso de los padres cuando los expedientes se solicitan por personal autorizado (Ley sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) de 1974, Ley Pública 93-380)

Las condiciones para este intercambio de información deben satisfacer las regulaciones federales, la Ley sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) de 1974; la Ley sobre Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996; y todas las demás leyes federales, estatutos estatales, reglas de la Junta Estatal de Educación y normas de la Junta Directiva Escolar local aplicables.

Firma del padre/madre/encargado legal

Firma del Trabajador Social Escolar

Fecha

Aprobación del distrito

Fecha

Trabajador Social Escolar (en letra de molde)

FOR OFFICE USE ONLY

Release of Records attached (MIS Form #791) attached

SERVICE(S) REQUESTED: CO TOOLS

Counseling brochure provided

MM

PE

GC