



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE HAWÁI

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre Segunda inicial

Otorgue el permiso al Departamento de Educación (DOE) del estado de Hawái, \_\_\_\_\_
Nombre de la escuela u oficina del DOE

Dirección Ciudad Estado Código postal

Código Contacto del Departamento de Educación Número de teléfono Número de fax

Para: [ ] DIVULGACIÓN [ ] RECEPCIÓN (Marque una opción)

de los siguientes documentos o información, sobre el estudiante mencionado anteriormente, excepto aquellos que no estén sujetos legalmente a divulgación por ninguna ley aplicable, y estén cubiertos por los Estatutos Revisados de Hawái, §325-101 Infecciones y enfermedades transmisibles (infección por VIH, ARC y SIDA); §329-68 Ley Uniforme de Sustancias Controladas (Protección de registros; se prohíbe la divulgación de información confidencial) y las pruebas de abuso de sustancias §329-B6 (resultados de las pruebas) hacia o desde la agencia o persona que se indica a continuación:

Nombre de la agencia o persona Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Especifique los documentos o la información autorizados para su divulgación o recepción:

A fin de:

Entiendo que los registros educativos de un estudiante son confidenciales y solo se pueden divulgar según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) que prohíbe la divulgación de esta información sin el consentimiento por escrito de los padres del estudiante o del estudiante elegible. (Un "estudiante elegible" es un estudiante que tiene al menos 18 años de edad). Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por la escuela o el Departamento de Educación del estado de Hawái, pueden no estar protegidos por las Reglas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996, sino que pasarán a ser registros educativos protegidos por la FERPA.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirarlo en cualquier momento enviando una notificación por escrito de la revocación de mi consentimiento al administrador de la escuela mencionada anteriormente. Si retiro mi consentimiento, no se aplicará a la información que ya se haya proporcionado en virtud del consentimiento previo para su divulgación.

Por la presente autorizo la transferencia de información tal como se indicó anteriormente. Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que se notifique lo contrario a la escuela por escrito.

Firma del padre o estudiante elegible Fecha

Nombre del padre o del estudiante elegible EN LETRA DE MOLDE Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Para la agencia/persona receptora: Los documentos o la información mencionados anteriormente se le transmitirán a usted o a su agencia únicamente con la condición de que no se compartan con otra agencia u otras personas sin el consentimiento por escrito de los padres o del estudiante elegible. Los funcionarios, empleados y agentes de una parte que reciba los documentos o la información indicados anteriormente pueden usar los documentos o la información únicamente para los fines para los que se realizó la divulgación. Si no puede cumplir con esta condición, devuelva los documentos a la escuela mencionada anteriormente.