Permiso para Ceder Información

Yo autorizo a la Escuela Charter Excel Academy a compartir y/o solicitar cualquier archivo, datos, o información que sean necesarios para la educación de mi hijo/a, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, del distrito escolar del estudiante, del Departamento de Educación de Massachusetts, y de otras escuelas o distritos escolares donde se haya estado matriculado mi hijo/a, y de otros departamentos o proveedores de servicios sociales o de salud cuyas actividades afecten los servicios que le provea a mi hijo/a en la Escuela Charter Excel Academy. Comprendo que toda esta información será estrictamente confidencial.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián (por favor escriba con letra legible)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Fecha

Permiso para Medios de Comunicación y Exposición de Trabajos de Estudiantes

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el (la) abajo firmante padre/guardián legal de**­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, persona menor de edad, doy permiso a la Escuela Charter Excel Academy de grabar, filmar, sacar fotos, entrevistar y/o mostrar su nombre, sus palabras, o su persona por el personal de la escuela, los estudiantes, o por alguien fuera de la escuela, incluyendo los medios de comunicación. Acepto que la escuela puede usar, o permitir que otros usen estos datos sin límite y sin compensación. Yo doy este consentimiento de parte mía y de parte del menor de edad, y de los herederos, testamentarios, administradores y otros designados presentados de mi parte o de parte del menor de edad (de aquí en adelante llamados los "Cesionistas.") Cedemos a, y aceptamos que será inocente la Escuela Charter Excel Academy y cualquier de sus agentes, empleados, personal o representantes (de aquí en adelante llamados los "Cesionarios") de cualquier proceso o demanda judicial, reclamaciones, o responsabilidad, ya sea en la ley o en justicia natural que tenga ahora o en el futuro el menor de edad o cualquiera de los Cesionistas antes o después de llegar a ser mayor de edad, contra los Cesionarios cómo resultado de su participación en exposiciones o presentaciones relacionadas con la escuela.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante y Grado

**Excel Academy Charter School**

**Formulario de divulgación de información de contacto de padres o guardianes**

Al firmar el presente formulario, autorizo a Excel Academy Charter School (la “Escuela”) para que divulgue mi nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (como padre(s) o guardián(es) de(los) estudiante(s) en la Escuela) a Friends of Excel Academy Charter School, Inc., una organización creada para apoyar el trabajo de Excel Academy Charter School.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. También entiendo que esta autorización para divulgar mi información durará hasta que yo notifique por escrito que dejo sin efecto mi consentimiento para divulgar mi información.

Las preguntas relacionadas con esta política de divulgación pueden dirigirse al Director General de Finanzas y Operaciones de la Escuela.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del(los) padre(s) o guardián(es) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde del(los) padre(s) o guardián(es)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante y Grado

Permiso para Ceder Información

Antes de la matriculación de su hijo en la Escuela Charter Excel Academy, necesitamos los archivos educativos y de salud de su escuela actual.

*Por medio de la presente solicito a la escuela de mi hijo/a que proporcione una copia completa de los archivos de mi hijo/a, de acuerdo con el 603 CMR 23.00 et seq., a la escuela de Excel Academy Charter School, donde estará inscrito mi hijo/a. Estos archivos deben incluir, pero no limitarse a los archivos cumulativos, toda información disciplinaria (o sea, incidentes que tengan que ver con suspensiones o violaciones de actos criminales o reportes de incidentes en el cual el estudiante haya sido acusado de cometer un acto suspendido), puntajes en el MCAS y Stanford 9, y cualquier archivo relacionado con la Educación Especial, servicios bilingües, de ESL o de salud.*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela Actual del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Tel. De la Escuela : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del Fax de la Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_ Marque aquí si su hijo no está inscrito en una escuela actualmente, y no tiene archivos escolares. Por favor incluya la información necesaria (por ejemplo: plan para educar en casa).

**Autorización Para el Intercambio de Información Educativa y de Salud**

**Nombre del paciente/Estudiante**: **Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Proveedor de servicios de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*El propósito de esta forma es facilitar la comunicación entre la enfermería, el consejero de la escuela, y el proveedor de salud, con el propósito de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante. La enfermería puede compartir información de este formulario médico con los miembros del equipo de apoyo educativo para poder cumplir con las necesidades de salud, seguridad y educación estudiantil. Esto será en caso de que sea “necesario” y se hará de manera confidencial. De la misma manera también se puede incluir información pertinente entre el proveedor de salud y la enfermería para facilitar este proceso. Así mismo, el médico puede compartir información con el hospital o el equipo clínico. Solamente las áreas especificadas abajo serán compartidas.*

**¿Qué información permitirá que el proveedor de atención médica comparta con la escuela?**

Todos los componentes del expediente médico del estudiante, incluyendo notas de todo tipo de visitas médicas, expedientes de la inmunización, prescripciones y medicaciones actuales, alergias, diagnósticos o condiciones de la salud física o mental, lesiones y cualquier recomendación relevante o restricciones y resúmenes de descarga. Toda la información anterior será compartida con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.

**¿Qué información permitirá que la escuela comparta con el proveedor de atención de la salud?**

Todos los componentes del expediente educativo acumulativo del estudiante, incluyendo notas y los registros de la oficina de la enfermería, la atención prestada, los expedientes disciplinarios, el grado, las observaciones del profesor y del personal relacionadas con la seguridad y el bienestar del estudiante, en especial expedientes o evaluaciones educativos (si aplica). Toda la información anterior será compartida con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje del estudiante.

# Autorización

Esta autorización es válida por un año. Expirará el 30 de junio del próximo año académico. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito para revocar mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, no pueden estar protegidos por la regla de privacidad de HIPAA, sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la ley de privacidad y derechos educativos de la familia. Al aceptar permitir la comunicación entre el médico y la salud escolar designada también entiendo que, si me niego a firmar, tal rechazo no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica.

**Firma de Padre**  **Fecha**

**Firma del estudiante\*** **Fecha**

\*Si un estudiante menor está autorizado para dar su consentimiento a la atención médica sin el consentimiento de los padres bajo la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. En Massachusetts, un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para la atención ambulatoria de salud mental, el tratamiento del abuso de alcohol y drogas, las pruebas para el HIV/SIDA y los servicios de atención de salud reproductiva.