

### Consentimiento para la Divulgación de Información

Este formulario autoriza al Departamento Estatal de Educación y a cualquier distrito escolar en el cual esté inscripto su niño a compartir información acerca de su niño unos con otros y con las otras agencias listadas más abajo que estén relacionadas con, o involucradas en, el cumplimiento de las necesidades de su niño. Se le aconseja a usted que:

- La información no sea compartida a menos que sea necesario para cubrir las necesidades de su niño.
- La información del Departamento de Educación o de la escuela puede incluir algunos o todos los registros educativos e información proporcionada al Departamento o la escuela por otras personas, tales como informes médicos de los doctores e informes de otras agencias incluyendo el Departamento para Niños y Familias (DCF por sus siglas en inglés), Autoridad de Justicia Juvenil (JJA por sus siglas en inglés), Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas (KDHE por sus siglas en inglés), y Agencia Medicaid de Kansas, que están incluidas en los registros educativos de su niño.
- El propósito de compartir información es proporcionar servicios apropiados para su niño, evitar evaluaciones o vacunaciones duplicadas o innecesarias, evitar demoras innecesarias en la provisión de servicios mientras se espera que sean transferidos registros, permitir que su niño sea involucrado exitosamente en la escuela, y ayudar al distrito escolar para que reciba fondos de Medicaid para asistir en el pago de algunos servicios educativos especiales.
- Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito por usted.
- Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento.

El Departamento Estatal de Educación y el distrito escolar en el cual su niño está inscripto divulgará la información, a pedido, a las siguientes agencias y sus agentes o proveedores de servicios contratados:

Departamento para Niños y Familias; Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas; Autoridad de Justicia Juvenil; Agencia Medicaid de Kansas; Kansas Kids @ GEAR UP; sistema iGRAD.

Al firmar y fechar este formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información, usted proporciona consentimiento al Departamento Estatal de Educación y al distrito escolar a compartir cualquier o todos los registros educativos relacionados con su niño unos con otros y con las agencias listadas más arriba. Su firma también indica que usted entiende que cualquier información divulgada tiene el propósito de cubrir las necesidades de su niño a través de los esfuerzos de cooperación de las agencias.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño en Imprenta  
Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de

---

Firma del Padre o Tutor

---

Relación

---

Firma del Padre o Tutor en Imprinta

---

Fecha

