



## AUTORIZACION DE RECOMENDACION INICIAL

### Información del Estudiante:

#ID Del Estudiante	Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Periodo de asesoramiento (Advisory Period)

### ACUERDO DE CONSENTIMIENTO Y PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION

Apoyo la participación de mi hijo/a en el Centro de Bienestar (clínica) **en la escuela Carson** entiendo y estoy de acuerdo en que los proveedores del Centro de Bienestar Wellness Network que colaboran con mi hijo(a) pueden compartir entre ellos cualquier información que sea necesaria para coordinar los servicios que mi hijo(a) recibe. Entiendo que la participación de mi hijo(a) en el Centro de Bienestar Wellness Network es para recibir servicios que apoyaran el éxito escolar de mi hijo(a). Para el propósito de este consentimiento, estoy de acuerdo en que la “información” puede incluir cualquier o todo lo relacionado con: expedientes, notas, documentos o materiales obtenidos por el Centro de Bienestar Wellness Network directamente pertinentes a mi hijo(a). Entiendo que las leyes estatales y federales protegen mis derechos de privacidad y los de mi hijo(a) y los míos, por lo tanto, ninguna información puede ser otorgada sin mi expresa autorización. Entiendo que al firmar este *Consentimiento* estoy dando mi autorización para que: las colaborativas de proveedores, las organizaciones y las agencias correspondientes a las cuales e indicado pueden intercambiar la siguiente información: nombre de mi hijo(a), domicilio, número de teléfono, calificaciones, asistencia escolar, clases, pasos disciplinarios, intervenciones y motivo por la recomendación al programa.

Entiendo que los proveedores no son parte de los programas regulares y permanentes del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles, y los servicios proporcionados no son parte ni patrocinados por el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ni de la escuela. Entiendo que los servicios están a disposición de la escuela para mi comodidad para obtener servicios de salud física y mental para mi hijo(a). Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles no asume responsabilidad por los servicios proporcionados por el proveedor ni las tarifas que pueden cobrar.

### Colaborativa de Socios, Organizaciones y Agencias: (favor de marcar las agencias con las que podemos compartir información):

Distrito Escolar Unificado de Los Angeles, Salud Mental

South Bay Family Health Care

### Información del Padre de Familia o del Tutor Legal (por favor escriba en letra de molde):

Madre:				
Apellido	Primer Nombre	Inicial de un Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Telefono
Padre:				
Apellido	Primer Nombre	Inicial de un Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Telefono
Tutor Legal, Cuidador, o Padre de Crianza:				
Apellido	Primer Nombre	Inicial de un Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Telefono



Informacion Personal:			
Domicilio	Apt#	Cuidad/Estado/Codigo Postal	# de Telefono

Hijos(as):					
Apellido	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento	Apellido	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento

1. Soy el padre de familia, tutor legal, o padre de crianza de los niños(as) arriba mencionados y cuento con el poder legal para dar mi consentimiento en nombre de ellos(as). **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
2. Entiendo que algunas agencias participantes pueden tener sus propios requisitos de confidencialidad y quizás me pidan que firme otra autorización antes de ofrecer sus servicios **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
3. Entiendo que las leyes estatales y federales protegen mis derechos de privacidad y los de mis hijos(as), por lo tanto, ninguna información puede ser otorgada sin mi expresa autorización. Al firmar este Consentimiento, entiendo que estoy autorizando a las organizaciones o agencias que e indicado intercambien información sobre mi hijo(as). **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
4. Estoy de acuerdo en no culpar por danos a ninguna de las agencias o entidades, al igual que, a ninguno de sus empleados o agentes de responsabilidades que puedan surgir al dar, mencionar y/o compartir información autorizada con este Consentimiento. **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
5. Estoy de acuerdo en permitir que representantes de las agencias mencionadas: compartan información sobre mi hijo(a) con el propósito de evaluar la coordinación y efectividad de los servicios ofrecidos a través del Centro de Bienestar Wellness Network, incluyendo la efectividad de los servicios o programas en los que él o ella participa. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que toda información sobre mi hijo(a) sea compartida en las reuniones del Centro de Bienestar Wellness Network con los representantes de las agencias participantes, siempre y cuando el nombre de mi hijo(a) quede excluido. **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
6. He leído la descripción arriba y estoy de acuerdo con permitir que la información acerca de mi hijo/a, sea compartida entre las colaborativas de proveedores, las organizaciones y las agencias correspondientes que he indicado. **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_
7. Entiendo que en cualquier momento puedo cambiar o cancelar mi consentimiento en relación con la difusión de información sobre mi hijo(a) por escrito a el Centro de Bienestar Wellness Network. **SUS INICIALES:**  
\_\_\_\_\_

Este consentimiento es efectivo desde la fecha de mi firma hasta: \_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia o del Tutor Legal	Fecha