



Consentimiento de estudiante/padre/tutor

- Consentimiento para divulgar registros de educación y salud que se usarán para:**
- **determinar la elegibilidad para los servicios de la OPWDD y**
 - **asistir a los individuos elegibles por la OPWDD con las evaluaciones y planificaciones para los servicios de la OPWDD.**

El individuo asiste a la escuela como: **Estudiante diurno** **Estudiante residencial**

_____, estudiante o su(s)
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento del estudiante

padre(s) o tutor, acepta(n) divulgar los registros y la información mantenida por

Escuela Distrito Escolar local

al personal de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del estado de Nueva York y a cualquier entidad que trabaje en nombre de la OPWDD, con el propósito de determinar la elegibilidad del estudiante para los servicios de la OPWDD y para iniciar las evaluaciones y planificación para las necesidades de servicios del estudiante prestados por la OPWDD.

La divulgación de registros y otra información incluye, entre otros, la información de contacto del estudiante y la familia; la agencia educativa local y el distrito de servicios sociales; registros educativos; evaluaciones psicológicas y de otra índole; historiales del desarrollo y sociales; informes médicos u otra información relacionada a la salud; evaluaciones adaptativas e informes relacionados; Programas de Educación Individual; notas de progreso; información relacionada con la determinación de elegibilidad de la OPWDD; información relacionada con la planificación de transición, incluyendo la participación en el IEP y otras reuniones relevantes. Esto incluye registros tanto actuales como históricos y otra información.

Firma del estudiante/padre/tutor

Relación con el estudiante

Nombre en imprenta del estudiante/padre/tutor

Fecha

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Domicilio

Ciudad, estado, código postal