

Consentimiento para Servicios del Programa de Recuperación Académica y Autorización para Divulgación de Información Confidencial

Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Carver Educational Services Center (CESC)

850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 335-75A
Agosto 2018



INFORMACIÓN DEL CLIENTE/A

Nombre Legal Completo del Cliente/a: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono ____-____-____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Doy mi consentimiento para la provisión de servicios del Programa de Recuperación Académica (Recovery and Academic Program-RAP), efectivo el (Fecha de Inscripción) ____/____/____

- Doy mi consentimiento para que se tomen y usen fotografías, videos y grabaciones de audio únicamente para propósitos educativos relacionados con RAP.
- Doy mi consentimiento para el uso de medios sociales por parte de The Landing para contactar al/a la estudiante de RAP.
- Doy mi consentimiento para el uso de transporte de The Landing después del horario escolar.
- Doy mi consentimiento para el uso de equipamiento de The Landing en el propio lugar.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo a The Landing (un programa de Family Services, Inc.) y a _____
Montgomery County Public Schools, ubicados en _____ Teléfono ____-____-____

para que revelen mutuamente la siguiente información específica. Esta información puede ser compartida de manera verbal, electrónica y/o escrita. El propósito de divulgar la información es proveer: Servicios Continuidad de Cuidados Programación Educativa para servicio en las siguientes fechas: desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____.

Desde The Landing a la Escuela:

- Evaluación de Admisión/Ingreso
- Registros de Asistencia a RAP
- Informe de Progreso dentro del Plan Individual de Recuperación
- Actualizaciones de Información para Emergencias
- Información sobre Progreso de Recuperación
- Información sobre Retroceso
- Evaluación de Progreso de Recuperación
- Otro _____

De la Escuela a The Landing (imprima informes desde myMCPS):

- Información de Inscripción/Contacto de Emergencia
- Boletín/Boletines de Calificaciones de la Escuela:
- Expediente Académico
- Resumen del Registro de Asistencia Escolar
- Resumen del Informe de Disciplina
- Planificación de Preparación para la Universidad Naviance® (consejero/a escolar)

Esta autorización vencerá después de terminados/completados los servicios, un año después de la fecha de la firma o el ____/____/____, lo primero que sea. Por favor escriba sus iniciales al lado de cada sección para indicar que usted leyó y entiende lo que esta autorización significa.

____ La participación en RAP es un acto voluntario; no obstante, recibir servicios de RAP requiere que se revele la información anteriormente referenciada relacionada con la persona que reciba los servicios a fin de coordinar y proveer servicios integrales. Si yo opto por no dar mi autorización, podría no ser elegible para recibir servicios de RAP, pero podría recibir servicios directos a través del programa The Landing.

____ Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta Autorización de Divulgación de Información. Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es un acto voluntario. No necesito firmar este formulario para poder asegurar servicios. Entiendo que yo puedo examinar la información a ser utilizada o revelada, como se provee en 45 CFR 164.524.

____ Entiendo que MCPS y The Landing podrían compartir entre ambos información desprovista de datos personales, a fin de evaluar la efectividad de RAP. No se incluirá ninguna información personal identificable de estudiantes de RAP o de los padres/guardianes, y la información será destruida cuando ya no se necesite para fines de evaluación.

____ Yo, el/la firmante, he leído y entiendo la política de responsabilidad de The Landing relacionada con el transporte después del horario escolar provista y el uso de equipo en el lugar.

____ Yo, el/la firmante, he leído lo expresado más arriba y autorizo a Family Services, Inc., y a la persona/organización arriba nombrada, para que divulgue información según se describe más arriba. Yo entiendo que esta autorización puede ser rescindida por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que la acción fuera tomada en virtud de la misma o según se describe en la Notificación Sheppard Pratt de Prácticas de Privacidad (Sheppard Pratt Notice of Privacy Practices). Reconozco que el material autorizado para divulgación puede incluir contenido sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiátrico, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA.

____ Entiendo que la divulgación de información de salud a una parte que no sea una de las partes designadas más arriba está prohibida sin autorización adicional de mi parte. Entiendo que el destinatario puede volver a divulgar la información de salud usada o divulgada conforme a esta autorización, a menos que la información de salud esté protegida bajo la regla federal de confidencialidad 42 CFR Parte 2. Este establecimiento queda liberado y relevado de cualquier responsabilidad y el/la firmante exime de responsabilidad a Family Services Inc., por cumplir con esta "Autorización para Divulgación de Información".

Fecha: ____/____/____ Firma del Cliente/a: _____

Fecha: ____/____/____ Firma del Padre/Madre/Guardián Cliente/a, Representante Autorizado/a: _____

Fecha: ____/____/____ Firma del/de la Testigo: _____