 Form ML-2

*Spanish*

**ACUERDO DE ACCESO Y CONFIDENCIALIDAD CONFIDENTIALITY AND ACCESS AGREEMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yo, |  | , en este momento ofrezco servicios directos de terapia educativa a |

(Nombre del que ofrece el servicio- escriba con letra de imprenta)

|  |  |
| --- | --- |
|  | y por este medio afirmo que: |

(Nombre del estudiante – escriba con letra de imprenta)

* Estoy de acuerdo en proteger la confidencialidad de cualquier información del estudiante a la que yo tengo acceso durante mi trabajo con el estudiante mencionado arriba y la instrucción ofrecida en su escuela.
* Entiendo que la información del estudiante es confidencial bajo el Acuerdo a la Privacidad y a los Derechos Educativos de la Familia (20 U.S.C. & 1232 g) y toda la información que yo haya recibido en confidencia.
* Además, estoy de acuerdo de que cualquier información que yo obtenga o reciba será usada solamente con el propósito de dar información a los padres o tutores para ayudarlos con la disposición de salud, salud mental o servicios educativos ofrecidos al estudiante arriba mencionado.
* Entiendo que la decisión del Distrito Escolar del Condado de Cobb de permitir estos servicios, no sugiere ni implica que yo, ningún empleado ni agente del Distrito Escolar del Condado de Cobb, ni cualquier observación hecha por mí o por alguna otra persona sea necesaria para asegurar la participación informada de un padre o tutor bajo el Acuerdo de Educación con Discapacidades (20 U.S.C & 1400 *et seq*.) ni ninguna otra regla o estatuto aplicable.
* Entiendo y estoy de acuerdo en que no puedo revelar información sobre ningún estudiante del Distrito Escolar del Condado de Cobb obtenida durante mi trabajo, bajo cualquier circunstancia, con excepción las requeridas por la ley
* Además, estoy de acuerdo en que voy a usar cualquier medida o medio razonable necesario para prevenir la revelación de cualquier información obtenida por mí durante mis servicios y voy a proteger la confidencialidad de esta información confidencial
* Entiendo que el Distrito puede terminar mi capacidad de estar en la escuela en cualquier momento, y de que yo solamente puedo ofrecer mis servicios a estudiantes que hayan sido autorizados por los padres o tutores.
* Entiendo que es mi deber obtener el consentimiento apropiado de los padres para servir al estudiante y sólo puedo proveer servicios a los estudiantes como lo permita el padre / guardian
* Entiendo que si no acato algún procedimiento, regla, dirección o término de la Política del Distrito Escolar del Condado de Cobb, sus Reglas Administrativas mencionadas en este Acuerdo, se me puede prohibir observar u ofrecer mis servicios a cualquier estudiante en los terrenos del Distrito Escolar del Condado de Cobb, y
* También entiendo que los términos de este Acuerdo se mantendrán en efecto durante y después de mis servicios.

En nombre mío, de los actuales o futuros herederos, empleados o agentes, renuncio a todas las reclamaciones en contra de cualquier voluntario, empleado o agente, presente o futuro, del Distrito Escolar del Condado de Cobb o del Consejo Educativo del Condado de Cobb y los libero de cualquiera y todas las reclamaciones, demandas, acciones, compromisos o daños (incluyendo los gastos de abogados) conocidos o desconocidos que surjan o relacionados de cualquier manera con los servicios ofrecidos al estudiante. Esta renuncia y liberación incluye, aunque no está limitada solamente a las reclamaciones que puedan surgir bajo cualquier constitución, estatuto, ordenanza o regulación federal, estatal ni local, incluyendo, pero si estar limitada solamente al Acuerdo de Educación con Discapacidades (IDEA) ni a la Sección 504 del Acuerdo de Rehabilitación de 1973.

Este acuerdo se me entrega en consideración a mi capacidad de ofrecer servicios al estudiante arriba mencionado que

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| estudia en |  | . |

|  |  |
| --- | --- |
| **PLEASE NOTARIZE**  Sworn to and subscribed before me this  Jurado y suscrito ante mi este  \_\_\_\_\_\_day of/dia de \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  Notary Public/  Notaria publica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Provider Name  Nombre del proveedor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Please Print)  Provider Professional Licensure Number  Numero de licencia profesional del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Provider Signature  Firma del proveedor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date/ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |