

**AUTORIZACIÓN DEL EXAMINADO PARA PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS,
INCLUYENDO ADMINISTRACIÓN DE TESTS DE CAMPO PARA INVESTIGACIONES DE PRO-ED**

Pro-Ed, Inc. ("PRO-ED") desarrolla y publica exámenes estandarizados, libros, y material curricular y de terapia, incluyendo software en línea (los "Productos y Servicios"), utilizados por escuelas, profesionales, y cuidadores para mejorar la educación y la calidad de vida de estudiantes, clientes, familiares y sus cuidadores, algunos de los cuales son personas con discapacidades u otras condiciones de salud.

Tenemos más de 250 evaluaciones estandarizadas que requieren actualización cada 7 a 10 años. Una gran parte de la creación y actualización de estas evaluaciones involucra la administración de tests con papel y lápiz y en línea junto con la recolección de datos básicos de antecedentes de los individuos de varias edades, razas, etnicidades, y niveles de habilidad. Los datos que recogemos son utilizados para establecer promedios nacionales que los futuros profesionales clínicos pueden utilizar para determinar si un individuo dado tiene una discapacidad y para determinar la severidad de esa discapacidad. Aun cuando nuestros tests se utilizan en forma primaria en personas de las que se sospecha tienen una cierta discapacidad educacional, los examinados que necesitamos y los datos que recogemos son típicamente de personas que no han sido diagnosticadas con una discapacidad.

Al firmar este formulario, yo autorizo a PRO-ED, Inc. y a sus empleados designados y contratistas independientes que trabajan en su nombre (colectivamente, "PRO-ED"), a:

1. Administrarme a mí o a aquellos individuos de los cuales soy representante legal designado ("**Examinado**"), el (los) siguiente(s) examen(es) como se indica a continuación:

- a. Autorización específica para: _____;
- b. Autorización abierta para administrar exámenes de tiempo en tiempo hasta que la autorización sea revocada; y para,

2. Recoger y Utilizar los datos recibidos de la administración de Tests arriba mencionados (los "**Datos de los Tests**") los cuales pueden incluir el nombre, fecha de nacimiento, dirección de correos, número de teléfono, sexo, raza/etnicidad, discapacidad/excepcionalidad ("**Información Personal**") del Examinado, siempre y cuando PRO-ED retire primero los siguientes identificadores: nombre, dirección, y todo otro identificador personal y utilice solamente la fecha de nacimiento, código postal, sexo, y discapacidades previamente diagnosticadas, y Datos del Test en forma anonimizada (los "**Datos Suministrados Anónimos**") del Examinado. Por favor lea nuestra Política de Privacidad para más detalles acerca de nuestras prácticas de privacidad.

3. Agregar los Datos Suministrados Anónimos del Examinado con los Datos Suministrados Anónimos de otros examinados que han sido examinados por PRO-ED; y

4. Utilizar los Datos Suministrados Anónimos con el único propósito de permitir a PRO-ED desarrollar y mejorar sus propios Productos y Servicios educacionales incluyendo sus tests/evaluaciones.

Enfatizamos que los datos específicos relativos a cualquier Examinado anónimo son utilizados por PRO-ED en grupos de datos agregados (es decir, datos combinados de múltiples examinados).

5. El Examinado tiene el derecho de revocar esta autorización enviándonos un correo electrónico o una revocación por correo, excepto en el grado que PRO-ED ya haya tomado acción en relación a esta autorización. Para que la revocación de esta autorización sea efectiva, PRO-ED debe recibir la revocación por escrito por **correo electrónico o correo postal**, y la revocación debe incluir:

- a. Nombre y dirección de correo postal del Examinado (para que podamos verificar quién es usted, por favor utilice el mismo nombre y dirección que utilizó en la autorización original) e
- b. Indicación del Examinado (o de sus representantes legales) de revocar esta autorización

PRO-ED aceptará las revocaciones por escrito de esta autorización por correo electrónico o correo postal:

- Correo electrónico a testquestion@proedinc.com O
- Correo postal regular enviado a: PRO-ED, Inc. 8700 Shoal Creek Blvd, Austin, TX 78757

**POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO/FORMULARIO
COMPLETO**

TODAS las revocaciones son efectivas únicamente una vez recibidas por PRO-ED. La fecha en que recibimos su revocación será la fecha efectiva de la revocación.

6. Esta autorización permanecerá en efecto durante todo el tiempo que PRO-ED utilice mis Datos Suministrados Anónimos para el Desarrollo de Productos y Servicios.
7. La revocación de la autorización para utilizar mi Información Personal no afectará las acciones realizadas o el material creado por PRO-ED en relación a la autorización inicial antes de su revocación, incluyendo, pero no limitados a, Productos o Servicios creados por PRO-ED, análisis de ítems, análisis de confiabilidad, y análisis de validez.
8. Entiendo que PRO-ED será remunerado como resultado de la venta de sus Productos y Servicios, pero que PRO-ED no venderá los Datos Suministrados Anónimos.
9. Excepto por cualquier pago ofrecido por PRO-ED con el propósito de hacer este Test, comprendo que servicios, pagos, enrolamiento, o elegibilidad para beneficios de una escuela, un profesional, o disponibles para mí, miembros de mi familia, para mi cuidador o el de un miembro de mi familia, a los cuales de otro modo tendría derecho, no pueden ser condicionados a la firma de esta autorización.
10. En la medida necesaria, autorizo a PRO-ED a transmitir en formato electrónico la información y los datos recogidos bajo esta autorización y a que dicha información sea almacenada de forma segura.
11. Comprendo completamente y acepto los términos de esta autorización.

He leído esta autorización y comprendo qué información será utilizada o divulgada, quién puede utilizar y divulgar la información, y el (los) recipiente(s) de esa información. Comprendo que el propósito de esta autorización no es para tratamiento ni para ningún cuidado profesional o médico.

Comprendo que cuando la información sea utilizada o divulgada conforme a esta autorización, la información puede ser redivulgada por el recipiente.

**Firma del Representante Legal
Del Examinado**

Fecha

(La firma precedente representa y garantiza que él o ella tiene autoridad para autorizar el examen del examinado)

Nombre del Examinado

Fecha de Nacimiento del Examinado

Nombre del Representante Legal

**Descripción de la Autoridad del Representante Legal
a actuar en nombre del Individuo**

**Dirección de Correo del Examinado
o del Representante Legal (si aplicable)**

**Dirección de Correo Electrónico del Examinado
o del Representante Legal**

**Número de Teléfono del Examinado
o del Representante Legal**

A CONTINUACIÓN, PARA SER COMPLETADO POR EL EXAMINADOR/PRO-ED _____

Para el examinador – Por favor registre el **ID # del EXAMEN:** _____

Para el personal de PRO-ED: Autorización agregada a la base de datos el _____