

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/O SOLICITAR INFORMACIÓN

Por este medio solicito y autorizo a: _____
(Nombre de la persona, escuela o Departamento)

_____ entrar en
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono #)

comunicación oral o escrita para revelar información a: _____
(Nombre de la persona, cargo o escuela/agencia/organización)

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono)

en relación con la información indicada abajo de mi hijo(a)* _____
cuya fecha de nacimiento es _____. Entiendo que lo concerniente al diagnóstico psiquiátrico, psicológico, médico, de
abuso de drogas o alcohol y la parte académica de mi hijo(a) se podrá divulgar o solicitar si se indica a continuación.
Asimismo, entiendo que esta información puede contener datos de la familia, además de los de mi hijo(a).

- Plan de tratamiento
Resumen de altas hospitalarias/tratamiento
Expediente de salud/Registro médico
Caso/evolución/notas de terapia
Número de identificación del estudiante
Informe académico/Registros escolares:
Calificaciones
Resultados de exámenes
Asistencia
Suspensiones / Expulsiones
Educación para estudiantes excepcionales/Expediente de la Sección 504
Otros
Expediente de tratamiento por abuso de sustancias
Expediente social y/o de desarrollo
Evaluaciones psicológicas y psiquiátricas
Servicios de apoyo restaurativo
Servicios de apoyo social (alimentación, vestimenta y vivienda)
Servicios médicos
Expediente de evaluación de amenazas
Expediente de evaluación del riesgo de suicidio
Resultados de la prueba del VIH/SIDA o enfermedades relacionadas (para revelar o recibir esta información, nombrar las personas concretas en la parte superior)

Con el fin de: _____

Entiendo que la información autorizada para ser divulgada o solicitada será tratada con estricta confidencialidad y que el destinatario no la podrá divulgar sin un consentimiento escrito. Entiendo que tendrá un (1) año de validez a partir de la fecha de la firma o hasta el _____, 20_____, la que ocurra primero. Una copia de esta autorización es válida en sustitución de la original. Asimismo, entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

Escribir nombre del padre/tutor/ estudiante elegible Firma del padre/tutor/estudiante elegible Fecha

Parentesco con el estudiante

*Estudiantes elegibles (18 años de edad o mayores) pueden autorizar la divulgación de sus registros de educación.

(USAR ESTE ESPACIO PARA RETIRO DE CONSENTIMIENTO)

Por la presente retiro el consentimiento para la divulgación de la información de mi hijo(a).

Fecha de retiro de consentimiento Firma del padre / tutor/ estudiante elegible