

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Venho por meio desta solicitar e autorizar: _____
 (Nome da Pessoa, Escola, ou Departamento)

_____ a iniciar
 (Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

comunicação verbal e/ou escrita e divulgar registros para: _____
 (Nome da Pessoa, Cargo e/ou Escola/Agência/Entidade)

_____ a iniciar
 (Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

referentes às **informações indicadas abaixo** a respeito do meu filho* _____, cuja data de nascimento é _____. Estou ciente de que informações psiquiátricas, psicológicas, de diagnose médica, de abuso de drogas ou álcool, situação econômica e informações educacionais referentes ao meu filho serão divulgadas e/ou comunicadas, caso indicado abaixo. Estou ciente também de que estas informações podem conter dados sobre a minha família, além de meu filho.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planos de Tratamento | <input type="checkbox"/> Registros de Tratamento de Abuso de Substância |
| <input type="checkbox"/> Prontuários de Tratamento / Alta Hospitalar | <input type="checkbox"/> Histórico Social e/ou de Desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos / de Saúde | <input type="checkbox"/> Avaliações Psicológicas e/ou Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Observações sobre o Caso / Progresso / Terapia | <input type="checkbox"/> Serviços de Apoio Restaurativo |
| <input type="checkbox"/> Número de Identificação do Estudante | <input type="checkbox"/> Serviços de Assistência Social (Alimentos, Vestuário, Abrigo) |
| Registros Acadêmicos / Relacionados à Escola: | <input type="checkbox"/> Serviços Médicos |
| <input type="checkbox"/> Notas Escolares | <input type="checkbox"/> Resultados do teste de HIV/AIDS ou condições associadas (indivíduos específicos devem ser indicados acima para se divulgar ou receber essas informações) |
| <input type="checkbox"/> Notas de Exames | |
| <input type="checkbox"/> Frequência Escolar | |
| <input type="checkbox"/> Suspensões / Expulsões | |
| <input type="checkbox"/> Registros de Educação de Estudante Excepcional / Seção 504 | |
| <input type="checkbox"/> Outra informação _____ | |

Para efeitos de: _____

Estou ciente de que todas as informações autorizadas por mim a serem divulgadas ou solicitadas serão mantidas estritamente em sigilo e não podem ser divulgadas pelo beneficiário sem uma autorização adicional por escrito. Compreendo que esta autorização irá vencer em um (1) ano a partir da data de assinatura, ou em _____, 20____, o qual ocorrer primeiro. A cópia desta autorização é válida em lugar do original. Compreendo também que posso revogar meu consentimento por escrito a qualquer momento.

 Nome do Pai / Responsável / Estudante Elegível em letra de forma Assinatura do Pai / Responsável / Estudante Elegível Data

 Parentesco com o aluno

*Estudantes elegíveis (maiores de 18 anos) podem autorizar a divulgação de seus registros educacionais.

(USE ESTE ESPAÇO PARA REVOGAR SEU CONSENTIMENTO)

Revogo o meu consentimento prévio para a divulgação de informações sobre o meu filho.

 Data de Revogação do Consentimento Assinatura do Pai / Responsável / Estudante Elegível

Form #4301PO
 REV 07/18
 Risk Management