

**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