

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU PEDIDO DE INFORMAÇÕES

(Authorization for Release and/or Request for Information)

Por meio desta, solicito e autorizo: _____ a iniciar

(Endereço) (Cidade) (Estado) (Código Postal) (Nº Telefone)

comunicação verbal e/ou escrita e divulgar arquivos para: _____

(Endereço) (Cidade) (Estado) (Código Postal) (Nº Telefone)

com respeito à informação indicada abaixo referente ao meu filho* _____, cuja data de nascimento é _____.

- Planos de Tratamento
Prontuários de Alta Hospitalar/Tratamento
Registros de Saúde/Médicos
Anotações do Caso/Progresso/Terapia
Registros Acadêmicos / Relacionados à Escola:
Notas
Pontuações de Exames
Frequência Escolar
Suspensões / Expulsões
Registros de Educação de Estudante Excepcional/Seção 504
Outra informação
Registros de Tratamento de Abuso de Substância
Histórico Social e/ou de Desenvolvimento
Avaliações Psicológicas e/ou Psiquiátricas
Serviços Restauradores de Apoio
Serviços de Assistência Social (Alimentos, Roupas, Abrigo)
Serviços de Saúde
Resultados do Exame de HIV/AIDS ou condições relacionadas (para divulgar ou receber estas informações, as pessoas específicas devem ser citadas acima)

Para fins 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.

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

Parentesco com o aluno

(UTILIZE ESTE ESPAÇO SE O CONSENTIMENTO ESTÁ SENDO REVOGADO)

Por meio desta, revogo o meu consentimento anterior para a divulgação de informações sobre o meu filho.

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