

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)

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

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
Información de la salud/Historia Clínica
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
Resultados de la prueba del VIH/SIDA o enfermedades relacionadas (para revelar o recibir esta información, escribir los nombres de las personas en la parte superior)

Con el fin de: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he autorizado 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.

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

Relación 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

Form #4301SP
REV 07/18
Risk Management