

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

(Authorization for Release and/or Request for Information)

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

\_\_\_\_\_ para que
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono #)

se ponga en contacto, ya sea verbal o por escrito, y divulgue información a \_\_\_\_\_
(Nombre de la persona, cargo y/o escuela/agencia/organización)

\_\_\_\_\_
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono #)

en referencia a la información indicada abajo sobre mi hijo(a), \_\_\_\_\_
cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_. Entiendo que la información concerniente al diagnóstico psiquiátrico, psicológico,
médico, de abuso de drogas o alcohol y de lo relacionado a la educación de mi hijo(a) puede ser divulgada y/o solicitada si está
señalada a continuación. Asimismo, entiendo que esta información puede contener datos familiares, además del de mi hijo(a).

- Plan de tratamiento
Resumen de altas hospitalarias/tratamiento
Registros médicos y de salud
Notas del caso/progreso/terapia
Registros Académicos/Escolares:
Calificaciones
Notas de exámenes
Asistencia
Suspensiones / Expulsiones
Registros de educación para estudiantes excepcionales según Sección 504
Otros
Registros de tratamiento por abuso de sustancias
Historial social y/o de desarrollo
Evaluaciones psicológicas y psiquiátricas
Servicios de apoyo restaurativos
Servicios sociales (alimentación, ropa y vivienda)
Servicios médicos
Resultados de la prueba del VIH/SIDA o
condiciones relacionadas (para divulgar o recibir
esta información especificar el nombre arriba)

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

Entiendo que toda la información que he autorizado para ser divulgada o solicitada será tratada con estricta
confidencialidad y que el receptor de esta información no podrá divulgarla sin un consentimiento adicional por
escrito. Entiendo que esta autorización será válida por un (1) año a partir de la firma de la presente, o hasta
\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, cualquiera que ocurra primero. La copia de esta autorización es válida en
sustitución de la original. Asimismo entiendo que puedo anular mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la estudiante

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

(USAR ESTE ESPACIO PARA ANULAR LA AUTORIZACIÓN)

Doy por nulo mi consentimiento para la divulgación de la información de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Fecha de anulación Firma del padre / tutor/ estudiante elegible