



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Yo Autorizo, _____
(Información de Escuela en Distrito 204)

Para obtener de _____
Para proveer a _____
(Agencia, Escuela, Terapeuta, etc.)

La siguiente información (Marca todos los que apliquen con fecha de reporte):

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Datos Psicológicos/ Reportes: _____ | IEPs y Datos Educativos/Archivos: _____ |
| Estudio de Desarrollo Social: _____ | Historial Médico/Exámenes/Evaluaciones: _____ |
| Evaluación de Salud Mental _____ | Evaluación Siquiátrica: _____ |
| Resumen de Tratamiento _____ | Otro (Especifique): _____ |

En la forma de (Marca todos los que apliquen):

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Reporte Escrito | Conversación Telefónica |
| Vía Fax | Email |
| Otro (Especifique): _____ | |

El propósito o necesidad de liberar esta información es: _____

Este consentimiento vence: _____ (Fecha no puede exceder de un año)

La persona o agencia a quien esta información se le proviene no debe re-disponer esta información, a menos que Yo, el firmante, especifique consentimiento de tal disposición.

Yo, el firmante, entiendo que tengo derecho de inspeccionar y copiar la información prevista, para desafiar los contenidos en conformidad con Acto Estudiantil de Registros Escolares en Illinois, y limitar consentimiento o disponibilidad de datos o porciones de información contenida en los mismos.

Yo, el firmante, tengo derecho de anular este consentimiento a cualquier hora por escrito. Entiendo que negación al respecto puede limitar la disponibilidad de base de datos para la evaluación diagnostica y tratamiento de servicios.

Esta forma de autorización se encuentra en conformidad con los requerimientos del Artículo VII, Reglas y Reglamentos que Gobiernan los Artículos de Estudiantes Escolares.

_____ Firma del Padre/Guardián (si el estudiante es menor de 18 años)	_____ Fecha	_____ Testigo	_____ Fecha
---	----------------	------------------	----------------

_____ Firma del Estudiante (Mayor de 12) (para los archivos de salud mental/discapacidad de desarrollo, si el estudiante es mayor de 12 años, pero menor de 18 años)	_____ Fecha	_____ Testigo	_____ Fecha
--	----------------	------------------	----------------