

ESCUELAS DEL CONDADO DE NEW HANOVER

AUTORIZACION PARA INTERCAMBIO DE INFORMACION

Fecha: _____

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido nombre segundo nombre)

Nombre de la escuela a la que asiste _____

Yo, padre, madre o guardián legal, por este medio autorizo el intercambio de información médica, siquiátrica, sicológica, educacional, de trabajo social, o del historial del desarrollo, relacionado al estudiante arriba mencionado:

Escuelas del Condado de New Hanover

Escuela: _____
Dirección: _____
A la atención de: _____

Y

Nombre de la agencia

Dirección Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Esta autorización es válida por un periodo de un año.

El propósito de esta información es asegurar que el programa educacional que le ofrecemos a su hijo(a) es de la mejor calidad posible. La misma será utilizada para hacer recomendaciones relacionadas a la colocación educacional, pero ninguna decisión será tomada sin su autorización. Yo entiendo, que puedo revocar este permiso o autorización en cualquier momento, excepto cuando alguna acción haya sido ya tomada según aprobada por este consentimiento.

Entiendo esta autorización completamente y la firmo voluntariamente.

PADRE O GUARDIAN LEGAL

Firma: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____