



# ESCUELAS PÚBLICAS DE STAMFORD

## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, doy consentimiento a las Escuelas Públicas de  
Nombre del Padre/Madre/Guardián

Stamford para divulgar información a/y obtener información de: \_\_\_\_\_,  
Nombre de la escuela anterior

Con respecto a (nombre del niño/a): \_\_\_\_\_, F.D.N.: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

La dirección de la escuela/agencia/persona arriba mencionada es: \_\_\_\_\_

(Dirección de la escuela anterior)

Número de Teléfono

Número de Fax

### Tipo de información:

- Médica
- Psiquiátrica/Salud Mental
- Académica
- Conducta
- Otra (specifique): \_\_\_\_\_

### EL PROPÓSITO DE SOLICITAR ESTA INFORMACIÓN ES:

La fecha de vencimiento de este consentimiento: un año de la fecha de la firma del padre o la madre. Entiendo que puedo dejar sin efecto este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las Escuelas Públicas de Stamford. Cualquier información recopilada o revelada antes de la cancelación de este consentimiento es válida y no puede ser anulada. Entiendo asimismo que aunque no cancele este consentimiento, el consentimiento finalizará al fin de año.

### Please send/Fax records to:

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre ó Guardián

\_\_\_\_\_  
Name of School

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño/a

\_\_\_\_\_  
School Address

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip Code

\_\_\_\_\_  
Stamford Public Schools contact Name

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Stamford Public Schools contact Title and Date

\_\_\_\_\_  
Fax Number