



## AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE LOS PADRES RELATIVA A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Nombre del alumno(a)/paciente (en imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal (en imprenta) \_\_\_\_\_ Escuela: Riverwood HS

Yo soy el padre/madre/tutor legal del alumno(a) mencionado. Mis derechos como padre/madre/tutor legal no han sido revocados ni he rescindido de ellos, y no existe una orden o acuerdo judicial que establezca que no puedo tener acceso a la información o registros educativos de mi hijo(a). Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Fulton a entregar a las siguientes personas o entidades cualquier y toda información y registros educativos que soliciten:

Nombre del profesional/organización: Chris 180

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: 404-613-1656

Ciudad: Atlanta Estado: GA Código postal: 30350 Fax: \_\_\_\_\_

La parte que reciba los registros mencionados con anterioridad acepta que la información de esos registros no puede ser divulgada a ninguna otra parte sin consentimiento previo.

**El propósito de este pedido de entrega es (marcar todo lo que corresponda):**

- Planificación educativa y continuidad de cuidado
- Problemas médicos relacionados con el aprendizaje
- Comunicación/consulta continua
- Problemas sociales/emocionales/del comportamiento
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor legal, doy mi consentimiento para que el profesional mencionado antes tenga acceso a mi hijo(a) y a su información en la escuela. Comprendo que este profesional está solicitando mi permiso para realizar los siguientes servicios mientras se encuentre en la escuela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comprendo y doy permiso para que este profesional esté solo(a) con mi hijo(a) para brindarle estos servicios. Comprendo que los miembros del personal del Distrito no son responsables de monitorear o determinar el tipo y el alcance de los servicios provistos al alumno(a). Comprendo que es posible que mi hijo(a) pierda enseñanza y servicios especiales durante el tiempo en que este profesional lo esté visitando, **y que estas actividades y servicios de enseñanza no serán compensados por el Distrito.** Comprendo que es mi responsabilidad asegurar que el profesional asista a las citas con el alumno en las fechas y horarios permitidos por el Distrito. Comprendo que el Distrito puede suspender o restringir la posibilidad del profesional de estar en el campus en cualquier momento.

El padre/madre/tutor legal, por sí mismo(a) y en nombre del alumno(a), por la presente renuncia a todo reclamo contra cualquier voluntario, empleado o agente del Distrito Escolar del Condado de Fulton o del Consejo de Educación de Condado de Fulton, actuales, pasados o futuros, y exime de todo y cualquier reclamo, demanda, medidas, responsabilidades o daños (incluidos los honorarios de abogados), sean conocidos o desconocidos, que surjan o estén relacionados de cualquier modo con la prestación de servicios por parte de cualquier profesional de la salud o de educación en virtud de esta autorización y exención, y reconoce, además, que bajo ninguna circunstancia el Distrito asumirá la responsabilidad por cualquier tipo de servicio provisto en virtud de esta autorización y exención. Esta exención y renuncia incluye reclamos bajo cualquier y toda constitución, estatuto, ordenanza y reglamentación federal, estatal y local, incluidas la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_