



ESCUELAS PÚBLICAS DE BARNSTABLE

Liberación de Información Confidencial

Yo, _____ de _____
Padre/Tutor Dirección

Con esta autorizo a las Escuela Pública Barnstable (identificada a continuación) y la agencia (identificada a continuación) a intercambiar, compartir y / o divulgar información contenida en los registros educativos, médicos o de tratamiento de mi hijo:

_____	_____	_____
Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____
Nombre de la Escuela	Nombre de la Agencia	
_____	_____	_____
Dirección	Dirección	
_____	_____	_____
Teléfono	Teléfono	
_____	_____	_____
Correo electrónico/fax	Correo electrónico/fax	

El propósito o la necesidad de dicha divulgación es facilitar:

- _____ una evaluación educativa (transcripción)
- _____ el desarrollo de estrategias educativas / de comportamiento
- _____ una colocación apropiada
- _____ otro (_____)

Entiendo que esta información se compartirá entre personas involucradas en la educación de mi hijo.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento. **Sin mi revocación expresa, este consentimiento caducará automáticamente en 12 meses.**

Firma del Padre / Tutor Fecha