

## Consentimiento para el Lanzamiento de los Archivos / Información To Nassau BOCES

|                        |  |             |  |
|------------------------|--|-------------|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: |  | NACIMIENTO: |  |
| Escuela:               |  |             |  |
| Dirección:             |  |             |  |

**1. Lanzamiento de Archivos / Información a la escuela de mi niño en Nassau BOCES**

***Por favor envíe copias de toda información académico, psicologico, psiquiátrico, medico y archivos de \_\_\_\_\_ a la escuela indicado abajo:***

**Autorizo la agencia/el individuo indicados arriba para lanzar evaluaciones y expedientes académicos, psicologicos, psiquiátricos, médicos y todas otros a la escuela de mi niño en Nassau BOCES. Entiendo que todos los expedientes serán mantenidos confidenciales y que el acceso será limitado para enseñar al personal que trabaja con mi niño. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y se puede retirar en cualquier momento.**

|                                      |  |              |
|--------------------------------------|--|--------------|
|                                      |  |              |
| <i>Firma del Padres / Guardianes</i> |  | <i>Fecha</i> |

**2. Consentimiento para la Comunicación Verbal (entre personal de la escuela y un individuo/una agencia)**

**Consiento a tener personal de la escuela que trabaje con mi niño (principal, psicólogo, trabajador social, profesores de la educación especial, y abastecedores de servicio relacionados) hable con el individuo/la agencia indicados arriba. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirar el consentimiento para las comunicaciones futuras en cualquier momento.**

|                                      |  |              |
|--------------------------------------|--|--------------|
|                                      |  |              |
| <i>Firma del Padres / Guardianes</i> |  | <i>Fecha</i> |