

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Data de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Destinatario/Informante: Por favor, indique a continuación el nombre y la dirección del colegio, personal del Distrito, agencias, centro médico o persona que va a recibir/proporcionar los registros/información. **Por favor, complete un formulario para cada persona u organización con la que autoriza la divulgación u obtención de información.**

Nombre:		
Organización:		
Dirección:		
Teléfono:		
Fax:		
Página web/ correo electrónico:		

_____	Registro permanente (según la Sección 4.4 de Normas y Reglamentos)
_____	Récords del Equipo de Estudio Infantil
_____	Récords de disciplina
_____	Registros médicos/A-45 original
_____	Evaluación del habla y el lenguaje
_____	Evaluación neurológica/neurodesarrollativa
_____	Comunicación verbal y escrita entre terapeutas, padres y personal del Distrito
_____	Otros:

Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el inicio, la continuación ni la calidad del tiempo del estudiante con la Comisión de Servicios Educativos del Condado de Union; sin embargo, negarme a firmar para que UCESC obtenga los registros necesarios puede retrasar la fecha de inicio del estudiante.

Entiendo que esta Autorización permanecerá vigente hasta que el estudiante deje de asistir a UCESC o proporcione un aviso escrito de revocación a la Oficina Central de UCESC 45 Cardinal Dr. Westfield, 07090.

He leído y comprendo los términos de la Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de los registros. Por mi firma a continuación, autorizo consciente y voluntariamente a UCESC a utilizar o divulgar la información.

Firma del padre

Fecha

Firma del estudiante adulto (si procede)

Fecha