THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Solicito e autorizo pela presente que: Broward County Public Schools
(Nome da Pessoa, Escola ou Departamento)

600 S.E. 3rd Ave | Fort Lauderdale | FL | 33301 | 754-321-0000 inicie
(Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

comunicação verbal e/ou escrita e disponibilize registros para: 3
(Nome da Pessoa, Cargo e/ou Escola/Agência/Entidade)

4
(Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

relacionados às **informações indicadas abaixo** sobre meu filho/a* 5 cuja data de nascimento é 6. Compreendo que informações psiquiátricas, psicológicas, de diagnóstico médico, de abuso de drogas ou álcool, situação financeira e informações acadêmicas sobre meu filho/a serão disponibilizadas e/ou comunicadas, se indicado abaixo. Compreendo também que estas informações podem conter dados sobre a minha família, além de meu filho.

____	Planos de Tratamento	____	Registros de Tratamento de Abuso de Substância
____	Dados sobre Tratamento / Alta Hospitalar	X	Histórico Social e/ou de Desenvolvimento
☐	Registros Médicos / de Saúde	☑	Avaliações Psicológicas e/ou Psiquiátricas
____	Anotações sobre o Caso / Progresso / Terapia	____	Serviços de Apoio Restaurativo
X	Número de Identificação do Estudante	____	Serviços de Assistência Social (Alimentação, Vestuário, Abrigo)
☑	Registros Acadêmicos / Escolares:		
X	Notas Escolares		Serviços Médicos
☑	Notas de Exames	☐	Registros de Avaliação de Ameaças
X	Frequência Escolar	____	Registros de Avaliação de Suicídios
____	Suspensões / Expulsões	____	Resultados do teste de HIV/AIDS ou condições relacionadas (indivíduos específicos devem ser indicados acima para se divulgar ou receber essas informações)
☑	Registros de Educação de Estudante Excepcional/Seção 504		
☑	Outra informação Quaisquer registros pertinentes sobre as necessidades de avaliacao		

Para efeitos de: Uma avaliacao psicologica educacional

Estou ciente de que todas as informações que autorizo a serem disponibilizadas ou solicitadas serão mantidas estritamente confidenciais e não poderão ser divulgadas pelo usuário sem uma autorização adicional por escrito. Compreendo que esta autorização expirará um (1) ano após a data de assinatura, ou em _____, 2027 o que ocorrer primeiro. A cópia desta autorização é válida no lugar do original. Compreendo aina que posso revogar meu consentimento por escrito a qualquer momento.

7 _____ ____ 8 _____ 9 _____
Nome do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado - letra de forma | Assinatura do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado | Data

10 _____
Relação com o Estudante

*Estudantes qualificados (maiores de 18 anos) podem autorizar a divulgação de seus registros acadêmicos.

(USE ESTE ESPAÇO PARA REVOGAR SEU CONSENTIMENTO)
Revogo, pela presente, meu consentimento anterior para a divulgação de informações sobre meu filho/a.

_____ _____
Data da Revogação de Consentimento | Assinatura do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado

Form #4301
REV 10/21
Risk Management