THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/O SOLICITAR INFORMACIÓN

Por este medio solicito y autorizo a: Broward County Public Schools
(Nombre de la persona, escuela o Departamento)

600 S.E. 3rd Avenue (Dirección) | Fort Lauderdale (Ciudad) | FL (Estado) | 33301 (Código Postal) | 754-321-0000 (Teléfono #) entrar en

comunicación oral o escrita para revelar información a: 3 _____
(Nombre de la persona, cargo o escuela/agencia/organización)

4 _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono)

en relación con la **información indicada abajo** de mi hijo(a)* 5 _____

6 cuya fecha de nacimiento es _____. Entiendo que lo concerniente al diagnóstico psiquiátrico, psicológico, médico, de abuso de drogas o alcohol y la parte académica de mi hijo(a) se podrá divulgar o solicitar si se indica a continuación. Asimismo, entiendo que esta información puede contener datos de la familia, además de los de mi hijo(a).

____	Plan de tratamiento	____	Expediente de tratamiento por abuso de sustancias
____	Resumen de altas hospitalarias/tratamiento	x	Expediente social y/o de desarrollo
____	Expediente de salud/Registro médico	x	Evaluaciones psicológicas y psiquiátricas
____	Caso/evolución/notas de terapia	____	Servicios de apoyo restaurativo
x	Número de identificación del estudiante	____	Servicios de apoyo social (alimentación, vestimenta y vivienda)
	Informe académico/Registros escolares:	____	Servicios médicos
x	Calificaciones	____	Expediente de evaluación de amenazas
x	Resultados de exámenes	____	Expediente de evaluación del riesgo de suicidio
x	Asistencia	____	Resultados de la prueba del VIH/SIDA o enfermedades relacionadas (para revelar o recibir esta información, nombrar las personas concretas en la parte superior)
____	Suspensiones / Expulsiones		
x	Educación para estudiantes excepcionales/Expediente de la Sección 504		
x	Otros Cualquier registro pertinente sobre las necesidades de evaluacion		

Con el fin de: Desarrollar una evaluacion psicologica

Entiendo que la información autorizada para ser divulgada o solicitada será tratada con estricta confidencialidad y que el destinatario no la podrá divulgar sin un consentimiento escrito. Entiendo que tendrá un (1) año de validez a partir de la fecha de la firma o hasta el _____, 20 27 , la que ocurra primero. Una copia de esta autorización es válida en sustitución de la original. Asimismo, entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

7 _____ Escribir nombre del padre/tutor/ estudiante elegible

8 _____ Firma del padre/tutor/estudiante elegible

9 _____ Fecha

10 _____ Parentesco con el estudiante

*Estudiantes elegibles (18 años de edad o mayores) pueden autorizar la divulgación de sus registros de educación.

(USAR ESTE ESPACIO PARA RETIRO DE CONSENTIMIENTO)
Por la presente retiro el consentimiento para la divulgación de la información de mi hijo(a).

_____ Fecha de retiro de consentimiento

_____ Firma del padre / tutor/ estudiante elegible

Form #4301
REV 10/21
Risk Management

BED<es/mds/10/21>
Document translated by the Bilingual/ESOL Department (10/21)