



CENTRAL DAUPHIN SCHOOL DISTRICT

75 SOUTH HOUCKS ROAD

HARRISBURG, PA 17109

Teléfono: ☎ 717.545.4703

Fax 📠 717.657.4999

SOLICITUD DE PERMISO PARA DIVULGAR O RECIBIR REGISTROS CONFIDENCIALES HACIA O DESDE UN TERCERO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____

Mediante la firma que aparece a continuación, se autoriza al Distrito Escolar de Central Dauphin a **DIVULGAR** o **RECIBIR** registros confidenciales de mi hijo(a). Esta autorización permanecerá vigente durante **UN** año a partir de la fecha de la firma.

Los registros se divulgarán a, o se recibirán de, el siguiente tercero:

Por favor, proporcione a continuación información sobre el tercero:

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por favor, marque las casillas correspondientes a los registros que desea divulgar:

- | | |
|--|---|
| ☐ Registros escolares, calificaciones | ☐ Resultados de pruebas estandarizadas |
| ☐ Expedientes académicos (transcripts) | ☐ Informe(s) del equipo |
| ☐ Informes psicológicos o del consejero | ☐ NORA/IEP/Planes 504/GIEP |
| ☐ Observaciones psiquiátricas,
del maestro y/o del consejero | ☐ Registros de salud |
| | ☐ Otro _____ |

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha: _____
(si el estudiante es menor de 18 años)

Firma del estudiante _____ Fecha: _____
(si el estudiante tiene 18 años o más)