



**Autorización para Divulgar/Intercambiar  
Información Confidencial**

Escuela:

Escuela Corriente:

ID del Estudiante:

Fecha:

<b>Nombre del Estudiante:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Sexo</b>
<b>Apellido: Primer: Segundo:</b>				
<b>Contacto en el Distrito:</b> Educational Team		<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Fax#:</b>	

Yo, como padre o guardia legal del estudiante mencionado arriba, doy mi consentimiento al Distrito Escolar 25 de Arlington Heights para Divulgar o recibir información sobre mi hijo de una persona, la escuela o la agencia como se indica a continuación

Divulgar

Recibir

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

La siguiente información se solicita con el propósito de	
<input type="checkbox"/> Informes Psicológicos <input type="checkbox"/> Informes de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Informes Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Informes Médicos/ Registros de Hospital <input type="checkbox"/> <b>Otros:</b>	<input type="checkbox"/> Informes de Educación <input type="checkbox"/> Casos más reciente de Evaluación de Estudio e IEP <input type="checkbox"/> Contactos de Teléfono <input type="checkbox"/> Contactos de Correos Electrónicos (E-mail)

Entiendo que, como padre o guardia legal, puedo controlar el acceso y la divulgación de los registros estudiantiles para todos los individuos o agencias o escuelas que no sean la escuela a la que asiste mi hijo. También entiendo que tengo el derecho de inspeccionar, copiar y cuestionar la pertinencia educativa de los registros escolares de mi hijo.

Además, entiendo que mi consentimiento para divulgar / intercambiar información confidencial puede ser revocado en cualquier momento.

**Las consecuencias de no firmar esta comunicación son:**

--

Por ley, la liberación de todos los registros de salud mental también debe de ser firmado por el estudiante, si tiene entre 12 y 18 años de edad.

Firma de Padre o Guardia Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante (12 años de edad o mayor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este consentimiento es válido hasta esta fecha:** \_\_\_\_\_