



AUTORIZACIÓN PARA EL COMPARTIR DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
------------------------	----------------------

Yo, _____ o _____
Nombre de Estudiante Adulto (edad 18 o mayor) Nombre de Padre/Guardián

autorizo el intercambio/divulgación de información confidencial referente a mi (estudiante adulto) o mi hijo/a entre AcademiCognitive Connections y la agencia/individual indicado:

NOMBRE DE AGENCIA/INDIVIDUAL:
DOMICILIO:
TELEFONO:
FAX:
PERSONA DE CONTACTO:

Esta autorización es referente a la información confidencial siguiente:

<input type="checkbox"/> Expediente de educación especial (incluso IEP, reports de evaluación psicoeducativo)	<input type="checkbox"/> Expediente educativo (incluso boletas de calificación, reports de conducta)
<input type="checkbox"/> Historial médico	<input type="checkbox"/> Asuntos legales
<input type="checkbox"/> Expediente de salud mental	<input type="checkbox"/> Observaciones escolares
<input type="checkbox"/> Todas las anteriores	<input type="checkbox"/> Entrevista de maestro/a
<input type="checkbox"/> Otra información:	<input type="checkbox"/> Otra información:

La autorización sera valida por un año desde la fecha específica después de firmas. Estudiante adulto o padre de menor entienden que pueden renunciar esta autorización de compartir información a cualquier tiempo por submitir una petición escrita para terminar la autorización.

PADRE/GUARDIÁN FECHA

ESTUDIANTE ADULTO (edad 18+) FECHA