

FECHA DE ENVIO:

**DISTRITO ESCUELA DE AMARILLO
DIVISION DE EDUCACION ESPECIAL**

- Archivos entrega
- Archivos solicitan

AMARILLO, TEXAS

CONSENTIMIENTO DE LA ENTREGA DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ No. de Seguridad social _____

Nombre de los padres _____ Telefono _____

Domicilio _____

Favor de marcar la cajita mas apropiada. Para mas informacion por favor llame:

Persona Escolar Numero de Telefono

Archivos Que Solicitan	
<input type="checkbox"/>	archivos de educacion especial
<input type="checkbox"/>	archivos de medicina/sicologico
<input type="checkbox"/>	otros _____

ENTREGA: Les pedimos que usted autorice a la persona o agencia nombrada, para que se les entregue ciertos archivos que contienen informacion confidencial acerca del estudiante numbrado, al siguiente distri/agencia:

Persona/Agencia a quien solicita

Nombre de Distrito/Cooperative de Educacion Especial

DOMICILIO _____

SOLICITAN: Para determinar elegible y servicios educacion especial les pedimos que usted autorice Distrito Escuela de Amarillo para que se les solicitan ciertos archivos que contienen informacion confidencial acerca del estudiante numbrado, al siguiente dstri/agencia:

Persona/Agencia a quien entrega

DOMICILIO _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| YES | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido completamente informado y entiendo porque la escuela necesita mi consentimiento para que los archivos de mi hijo/a puedan ser entregados segun lo explican. Esta informacion sera entregada al recibir su consentimiento por escrito. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entienda que mi permiso es voluntario y lo puedo retirar, por escrito, cuando yo quiera. |

FIRMA DE PADRE, RESPONSABLE LEGAL, DELEGADO O ESTUDIANTE ADULTO

FECHA

FIRMA DE INTERPRETE

FECHA