



Believe • Celebrate • Succeed

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ autorizo el intercambio de información confidencial
(Padre / tutor legal)

de mi hijo/hija entre la escuela, The Forum School y

(Nombre, dirección, teléfono, fax, and email)

La información que debe ser liberada / obtenida incluye: evaluación médica / psiquiátrica / psicológica y tratamientos, el funcionamiento en la escuela y/o información de los registros de la escuela. La persona(s) de contacto en The Forum School: nombre / título:

Yo autorizo a la persona arriba mencionada (s) acceder a la información confidencial de mi hijo / hija sólo para proporcionar información relevante en el funcionamiento de la escuela de mi hijo / hija y de su salud mental / tratamiento médico. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a The Forum School por escrito, y entiendo que si la autorización sea revocada, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Una copia de esta autorización será válida igual a la original. También puedo solicitar una copia de esta autorización. Esta autorización está en efecto desde 1 de septiembre hasta el 31 de julio del presente año escolar. Al final de este periodo de tiempo, esta autorización sera revocada automáticamente.

Firmas ** Al escribir su nombre completo, esto constituye su firma electrónica. **

(Padre/Tutor)

(Fecha)

(Printed name of Parent/Guardian)

(Relación)

(Representante de The Forum School)

(Fecha)