

# LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE JOHNSTON

## Servicios Especiales

FECHA:

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ MAESTRO/CONSEJERO \_\_\_\_\_  
PADRES/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ (CELULAR) \_\_\_\_\_

Autorización para las personas/ agencias nombradas abajo:

\_\_\_\_\_ *Renuncia a* \_\_\_\_\_ *Obtener de* \_\_\_\_\_ *Intercambio Verbal*

Información confidencial relativa a los estudiantes mencionados.

**PERSONA/AGENCIA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Registros que se lanzaran/divulgados \**

\_\_\_\_\_ Todos los registros utilizados para determinar la elegibilidad para la educación especial y/o servicios relacionados

\_\_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_ Psiquiátrico/Clinica Psicológica  
\_\_\_\_\_ Historia Social \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_ Médico  
\_\_\_\_\_ IEP \_\_\_\_\_ Evaluación del desarrollo de la infancia \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

*El propósito de la liberación/revelación es:*

\_\_\_\_\_ Para ayudar en el planeamiento de la educación  
\_\_\_\_\_ Para ayudar en el traslado a un nuevo distrito escolar \*  
\_\_\_\_\_ Para compartir evaluaciones y re-evaluaciones de los resultado \_\_\_\_\_ Plan de transición  
\_\_\_\_\_ A la petición del padre \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

*Por favor indique abajo:*

\_\_\_\_\_ He sido totalmente informado y entiendo la petición de la escuela para mi consentimiento, como se describió anteriormente. Esta información se dará a conocer/divulgada al recibir mi consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que la revocación no es retroactiva (es decir, que no niega una acción que ocurrió después de que la autorización y antes de que el consentimiento fue revocado).

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para que los registros identificados para ser liberados a la persona/agencia mencionado arriba.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta versión es válida desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO (DE 18 AÑOS O MÁS )

**\* Autorización de los padres no es necesaria para transferir los registros a otro distrito escolar a RI.**