



Consentimiento para el Lanzamineto de los Archivos / Información To Nassau BOCES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		NACIMIENTO:	
Escuela:			
Dirección:			

☐ **1. Lanzamiento de Archivos / Información a la escuela de mi niño en Nassau BOCES**

Por favor envíe copias de toda información académico, psicologico, psiquiátrico, medico y archivos de _____ a la escuela indicado abajo:

Autorizo la agencia/el individuo indicados arriba para lanzar evaluaciones y expedientes académicos, psicologicos, psiquiátricos, médicos y todas otros a la escuela de mi niño en Nassau BOCES. Entiendo que todos los expedientes serán mantenidos confidenciales y que el acceso será limitado para enseñar al personal que trabaja con mi niño. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y se puede retirar en cualquier momento.

<i>Firma del Padres / Guardianes</i>		<i>Fecha</i>

☐ **2. Consentimiento para la Comunicación Verbal (*entre personal de la escuela y un individuo/una agencia*)**

Consiento a tener personal de la escuela que trabaje con mi niño (principal, psicólogo, trabajador social, profesores de la educación especial, y abastecedores de servicio relacionados) hable con el individuo/la agencia indicados arriba. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirar el consentimiento para las comunicaciones futuras en cualquier momento.

<i>Firma del Padres / Guardianes</i>		<i>Fecha</i>