

PINELLAS COUNTY SCHOOLS
AUTORIZACIÓN PARA EL CONTACTO DEL ESTUDIANTE / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Padres / Tutores: Este formulario da permiso para que se comparta la información de su hijo y/o para que agencias externas brinden servicios o visiten a su hijo en la escuela. Permite a las Escuelas del Condado de Pinellas compartir la información de su hijo con agencias externas, y que esas agencias compartan información con el distrito. También puede otorgar permiso para que estas agencias vean a su hijo en la escuela para recibir servicios o apoyo.

Revise y complete las secciones a continuación para especificar qué información se puede compartir y quién puede acceder a ella. Si tienes alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros. Su consentimiento nos ayuda a brindar el mejor apoyo a su hijo al tiempo que garantiza su privacidad.

Fecha _____

La persona que firma a continuación autoriza a la Junta Escolar del Condado de Pinellas, Florida, o a su(s) empleado(s) designado(s) o agente(s) identificado(s) en este formulario, a permitir el acceso al estudiante en el plantel y/o a divulgar u obtener la información especificada de la(s) agencia(s) o entidad(es) nombrada(s) que se enumeran a continuación. Esta autorización permite el intercambio de información educativa, médica o personal entre las Escuelas del Condado de Pinellas y la(s) agencia(s) enumerada(s), para los fines descritos, de conformidad con todas las leyes aplicables, incluida la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y otras regulaciones estatales o federales relevantes.

<p>Pinellas County Schools, Florida</p> <p>Atención: _____</p> <p>_____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código _____</p> <p>_____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p>Agencia / Proveedor de servicios</p> <p>Nombre de la Agencia y/u otra Entidad _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código _____</p> <p>_____</p> <p>Número de teléfono _____</p>
---	--

Indicaciones: (1) Marque todas las casillas correspondientes a los servicios y/o información que se autoriza. (2) La sección de información del estudiante debe estar completa, incluidos todos los campos obligatorios: nombre (nombre y apellido), dirección, fecha de nacimiento, escuela y grado. (3) La sección de autorización del padre/tutor tiene que estar completamente completa, incluida la firma, la fecha y el nombre en letra de imprenta.

Información requerida para: _____

Los servicios y/o la información solo se proporcionarán para las cajas seleccionadas).

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros Educativos | <input type="checkbox"/> Registros del Programa de Estudiantes Excepcionales | <input type="checkbox"/> Agencia para ver a los estudiantes en el plantel |
| <input type="checkbox"/> Historia biopsicosocial | <input type="checkbox"/> Intelectual / Psicológico / Psiquiátrico | |
| <input type="checkbox"/> Médico / Neurológico | <input type="checkbox"/> Resumen del servicio | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

ESTUDIANTE: Nombre: _____ Apellido: _____ Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Esta autorización sigue siendo válida durante la duración del servicio o propósito específico para el que fue autorizada, o hasta que sea revocada por escrito por el tutor legal o el estudiante elegible. Se tiene que llenar un nuevo formulario de autorización para cualquier servicio adicional o continuo más allá de la autorización original. La información se utilizará solo para los fines específicos aprobados por el padre o tutor legal con custodia que llene el formulario, de acuerdo con los elementos seleccionados. Cualquier información compartida se administrará de acuerdo con las leyes federales y estatales, lo que garantiza que se mantenga la privacidad del estudiante para todos los servicios e interacciones autorizados por este formulario.

 Firma legal del padre/tutor [OBLIGATORIO] Fecha Escriba el nombre del padre/tutor legal [OBLIGATORIO]

 Firma del estudiante* Fecha Escriba el nombre del estudiante

**El estudiante tiene que firmar si tiene 18 años de edad o más.*

For Agencies Handling Information Requests: *If you are unable to provide the requested records or if additional documentation is required to complete this request, please contact us promptly to resolve the issue. Your cooperation ensures timely support for the student's needs. Thank you.*