





### Autorización de Padres/Tutor Legal Para Intercambiar Información

Fecha: \_\_\_\_\_ A los Padres/Tutores de: \_\_\_\_\_

Este documento autoriza el intercambio de información sobre su niño/a entre el personal de la agencia indicada y un representante del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles. La información recibida será revisada únicamente por profesionales apropiados en acuerdo con Los Derechos Educativos Familiares y Acto de Privacidad de 1974.

TO: _____ Nombre del Personal de Agencia/Título	RE: _____ Apellido del Estudiante      Primer Nombre del Estudiante
_____ Agencia, Institución, o Departamento	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes                                  Día                                  Año
_____ Dirección	_____ Dirección de Residencia
_____ Ciudad                                  Estado      Código Postal	_____ Ciudad                                  Estado      Código Postal
_____ Numero de Teléfono de Agencia	_____ Numero de Teléfono de Casa
Por la presente doy permiso para divulgar/intercambiar la siguiente información para determinar las necesidades del alumno:	
<input type="checkbox"/> Médica/Salud <input type="checkbox"/> Hablar y Lenguaje <input type="checkbox"/> Educacional <input type="checkbox"/> Psicológico/Salud Mental <input type="checkbox"/> Otra: _____	
<b>ESTA INFORMACIÓN SERÁ ENVIADA A:</b>	
_____ Nombre de Personal Escolar	_____ Título/Escuela u Oficina
_____ Dirección de Escuela y Número de Teléfono	
Esta autorización será válida hasta _____ solo que sea revocada antes.	
Yo requiero una copia de esta autorización: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
_____ Nombre de Padre / Tutor Legal	_____ Numero de Teléfono
_____ Firma de Padre / Tutor Legal	_____ Fecha