

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

2020-2021

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi  
(Padre/Madre de familia/representante)  
autorización y consentimiento a

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

para que entregue información médica, social y académica de \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño)

nacido en \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. De la misma forma yo autorizo al Sistema Escolar de la Ciudad de  
(M) (D) (A)  
Tuscaloosa para que entregue la información médica, social y académica que sea requerida  
por los médicos, agencias, escuelas, e instituciones con el propósito de mejorar el bienestar  
físico/académico del niño anteriormente mencionado. Yo entiendo que el Sistema Escolar  
de la Ciudad de Tuscaloosa no revelará o diseminará ninguna información creada o recibida  
acerca de mi hijo excepto por motivos de tratamiento médico apropiado, o una evaluación  
social y/o académica. Toda la información recibida por parte del Sistema Escolar de la  
Ciudad de Tuscaloosa será compartida con los trabajadores sociales, enfermeros, directores,  
maestros, consejeros, y sicólogos sólo cuando sea necesario.

Yo entiendo que ésta autorización es válida por el año escolar 2020-2021. Entiendo que  
puedo anular ésta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito al  
Sistema Escolar de la Ciudad de Tuscaloosa, pero esta no tendrá ningún efecto sobre la  
información recibida antes de la revocación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre de Familia/Representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)