



## **AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN (Padres/Guardián)**

**2020-2021**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi autorización y consentimiento a las Escuelas de la Ciudad de Tuscaloosa para obtener información médica, psicológica, económica, social, y sobre la vivienda de:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el Sistema Escolar de la Ciudad de Tuscaloosa no revelará o diseminará ninguna información creada o recibida acerca de mí excepto por motivos de tratamiento médico apropiado o una evaluación social como se refiere a mí. Toda la información recibida por las Escuelas de la Ciudad de Tuscaloosa se compartirá solo cuando sea necesario con personal apropiado.

Yo entiendo que puedo anular ésta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito al Sistema Escolar de la Ciudad de Tuscaloosa, pero ésta no tendrá ningún efecto sobre la información recibida antes de la revocación.

\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma de Testigo)

\_\_\_\_\_

(Fecha)