

Consejo de Educación del Condado de Warren  
2548 Morrison Street  
McMinnville, TN 37110  
Teléfono: (931) 668-4022 Fax: (931) 815-2703

### **AUTORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Según lo acordado por a las Normas Federales con respecto a mis Derechos de Confidencialidad,  
Por la presente autorizo el uso o revelación de la información de

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo de (el, la) estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento de (el, la) estudiante)

De: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Persona o Agencia)

Para: **Warren County Schools**

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

**2548 Morrison Street**

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado y Zona Postal)

**McMinnville, TN 37110**

Yo específicamente consiento en liberar información perteneciente a:

- Archivos Médicos
- Archivos Psicológicos
- Archivos de Alcohol y/o Drogas
- Archivos de Residencial
- Otro (especifique):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información para ser liberados:

- Resumen de Dado de Alta
- Plan de Tratamiento
- Notas de Progreso
- Intercambio Verbal de Información
- Forma de Declaración del Doctor
- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica

El uso de la liberación de esta información:

- Servicios de Clases Particulares
- Formación educativa, programas/acomodaciones
- Formación de un plan escolar de salud
- Otro (por favor describe):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo por medio de una notificación por escrito a la Escuelas del Condado de Warren. Sin embargo, También entiendo que cualquier liberación puede ser hecho previa a mi revocación y esto fue hecho en base en esta autorización por seguro no constituye una infracción a mis Derechos de Confidencialidad. Entiendo que mis archivos están protegidos bajo el Acto de Derechos y Privacidad de Familia Educativa (20 U.S. C. & 1232g; 34 CFR Part 99) y estos archivos no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito al menos que sea proveída por las regulaciones. *Esta autorización terminará automáticamente en un año de la fecha indicada abajo.* Una copia de esta autorización debe de ser considerada como efectiva y valida como la original.

Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal (Requerido si el estudiante es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (Requerido si el estudiante es 16 años de edad o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma