

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 del estudiante)

De: \_\_\_\_\_ Para: Warren County Schools  
(Nombre de Persona o Agencia)  
\_\_\_\_\_  
(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 Residenciales
- 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 propósito de liberar esta información:

- Servicios de Clases domiciliarias
- Desarrollar acomodaciones educativas/programas
- Desarrollar un plan de salud escolar
- 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)

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

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (Requerido si la edad del estudiante es de 16 años o mayor)

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

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

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