Consejo de Educación del Condado de Warren
2548 Morrison Street
McMinnville, TN 37110
Teléfono: (931) 668-4022 Fax: (931) 815-2703 o (931) 668-5219

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 del estudiante) (Fecha de Nacimiento del estudiante)

De: _____ Para: _____
(Nombre de Persona o Agencia) (Nombre de Persona o Agencia)

_____ _____
(Dirección Postal) (Dirección Postal)

_____ _____
(Ciudad, Estado y Código Postal) (Ciudad, Estado y Código Postal)

Yo específicamente consiento en liberar información perteneciente a:

- ☐ **Archivos Médicos**
- ☐ **Archivos Psiquiátricos**
- ☐ **Archivos de Alcohol y/o Drogas**
- ☐ **Archivos Residencial**
- ☐ **Otro (especifique):**

_____
_____
_____

Información para ser liberada:

- ☐ **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 Educacional (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, Madre 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

Revised: May 22, 2026