

Distrito Escolar Independiente de Austin



Departamento de Educación a Domicilio
512-414-0184 oficina
512-414-0390 fax
Jaala.smith@austinisd.org

**Servicios de Educación a Domicilio/
Hospitalarios**

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN - MÉDICO

Muchas veces es necesario que nos comuniquemos con médicos, clínicas, escuelas u otras personas por información sobre su hijo para planificar un programa apropiado y un plan de estudios individualizado. Esta comunicación nos ayudará a comprender mejor las necesidades y la manera en que aprende su hijo. Su firma en el siguiente formulario de autorización nos da su permiso de solicitar esta información.

Gracias,

Jaala Smith
Educación a Domicilio/Servicios
relacionados a embarazos
Educación a Domicilio/Servicios
hospitalarios

DIVULGACIÓN:

Otorgo mi consentimiento a _____
(Nombre del médico o agencia)

para que divulgue información diagnóstica y pronóstica a los servicios de Educación a Domicilio/Hospitalarios del Distrito Escolar Independiente de Austin sobre _____.
(Nombre del estudiante)

(Firma del padre de familia o tutor legal)

(Nombre en letra de imprenta del padre de familia o tutor legal)

(Fecha)

(Relación con el estudiante)