



## ESCUELAS PÚBLICAS DE LOWELL

Oficinas Administrativas Henry J. Mroz  
 155 Merrimack Street  
 Lowell, MA 01852  
 www.lowell.k12.ma.us

### AUTORIZACION PARA INFORMACION Y RÉCORDS

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ LASID#: \_\_\_\_\_ PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, (estudiante o padre/guardián legal si el/la estudiante es un menor) entiendo que para que las Escuelas Públicas de Lowell puedan proveer el programa educativo y los servicios relacionados más apropiados para mi hijo/a, \_\_\_\_\_, debe haber un intercambio de información entre las personas y/o agencia listada a continuación, quien tiene o tuvo conocimiento de mi hijo/a y/o quien puede ser proveedores de servicios importantes para mi hijo/a o para mi familia y el personal de las Escuelas Públicas de Lowell. Yo entiendo que las Escuelas Públicas de Lowell están pidiendo esta información con el propósito de evaluar/monitorear/las fortalezas y necesidades de mi hijo/a, en un esfuerzo para proveer un programa educativo apropiado.

Yo autorizo a las Escuelas Públicas de Lowell a  Obtener  Proveer/Enviar la siguiente información (verbal/escrita) al hacer un circulo a las opciones a continuación o al marcar "Todos los Réconds Listados". Este **CONSENTIMIENTO será válido por UN AÑO desde la fecha de firma**, a menos que usted especifique un periodo de tiempo diferente (incluya el periodo de tiempo alterno aquí) hasta \_\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_\_.

Educación General		Educación Especial		Otros	
Todos los Réconds	S/N	Todos los Réconds	S/N	Todos los Réconds	S/N
Réconds Educativos (Foto_Video_)	S/N	Réconds de Educación Especial	S/N	Resumen Siquiátrico	S/N
Asistencia	S/N	PEI Actual	S/N	Resumen de Salida del Hospital	S/N
Réconds de Disciplina	S/N	Evaluaciones Independiente	S/N	Historial Detallado del Medicinas	S/N
Réconds de Salud de la Escuela	S/N	Terapia Física /Evaluación		Réconds de Hospital/Medico	S/N
504 Actual	S/N	Terapia Ocupacional		Resúmenes Médicos	S/N
Comunicación en ambas dirección	S/N	/Evaluación	S/N	Información Protegida	S/N
Ubicación Alterna	S/N	Evaluación Sicológica	S/N	(Autorización de Información Protegida es requerida)	S/N
		Terapia Habla y		Plan Actual de Tratamiento	S/N
		Lenguaje/Evaluación	S/N	(Conducta, Seguridad, Otros)	
		Reporte del Historial Social	S/N	Otros: _____	S/N

Yo entiendo que esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, con una autorización escrita por el Padre/Estudiante u otra persona responsable, excepto en el caso que la acción haya sido tomada a partir de ese momento. Yo tambien entiendo que esos réconds son protegidos bajo las regulaciones Federales y Estatales que gobiernan la confidencialidad de los réconds del estudiante.

Para/De: \_\_\_\_\_

Nombre del Individuo/Escuela/Institución/Agencia/Médico

\_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Completa

\_\_\_\_\_  
 Ciudad/Pueblo

\_\_\_\_\_  
 Estado

\_\_\_\_\_  
 Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardián Legal/Estudiante

\_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Fecha