



Permiso del SVUSD para compartir e intercambiar información

Información del estudiante			
_____		_____	
Apellido, Nombre de pila, Inicial del segundo nombre		Número de ID	
_____	_____	_____	_____
Escuela	Grado	Fecha de nacim.	Edad

Autorizo a la siguiente persona u organización a intercambiar información con el Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley con respecto a la persona mencionada anteriormente. La información recopilada se manejará de manera confidencial, de conformidad con todas las leyes, reglamentos y políticas del SVUSD federales y estatales. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se haya entregado al distrito escolar la revocación por escrito. La revocación puede ocurrir en cualquier momento.

Información de la persona u organización		
Nombre: _____	Correo electrónico: _____	
Domicilio: _____		
Número de teléfono: _____	Número de fax: _____	
Tipo de información que se va a intercambiar (marque todos los que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Llevar a cabo la observación de estudiante	<input type="checkbox"/> Expedientes educativos	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos
<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental/psicológicos/psiquiátricos		
<input type="checkbox"/> Expedientes de evaluación psicoeducativa/del habla y lenguaje/otros		
<input type="checkbox"/> Todos los archivos	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Permiso (seleccione uno):

Sí doy mi autorización.

No doy mi autorización.

Firma de los padres/tutor/estudiante mayor de edad

Relación con el estudiante

Fecha

Para uso exclusivo el distrito:

Date received by District: _____

Date revoked: _____

Page 1 of _____

10/2021