

Santa Cruz Valley Unified School District #35
Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____
1374 W. Frontage Road
Rio Rico, AZ 85648
(520) _____ FAX: (520) _____

La Información confidencial es solicitada por:

Empleado Autorizado del Distrito _____

Título/Cargo _____

Información Confidencial Solicitada por:

Escuela/Agencia/Organización _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Yo autorizo la liberación de toda información médica, educativa, social y psicológica que se ha hecho parte de los registros confidenciales de el estudiante nombrado a la parte solicitante. Entiendo que esta información será utilizada de manera confidencial y profesional y en el mejor interés del estudiante. También entiendo que toda la información se mantiene de acuerdo con los Derechos Educativos Familiares y Ley de Privacidad. Estoy consciente de que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____