



CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ALUMNO

El propósito de este formulario es que los padres, tutores legales o alumnos emancipados autoricen al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) a intercambiar información confidencial del alumno (escrita, verbal o ambas) con personas o agencias designadas en este formulario. Para proporcionar consentimiento para intercambiar expedientes educativos, por favor vean el formulario SS/SE-79.

Alumno	N° de ident.	Fecha de nacimiento	Fecha
Nombre del padre, madre o tutor legal	Nombre del padre, madre o tutor legal	Escuela	Grado

MARQUE UNA OPCIÓN:

- Soy el padre, la madre/el tutor legal del alumno arriba mencionado, un alumno no emancipado menor de 18 años. Por medio de la presente autorizo el intercambio de información* confidencial relacionada con este alumno entre FCPS y las personas o agencias mencionadas más abajo.
- Soy el padre, la madre/el tutor legal del alumno arriba mencionado, por quien tengo derecho de tomar decisiones educativas. Por medio de la presente autorizo el intercambio de información* confidencial relacionada con este alumno entre FCPS y las personas o agencias mencionadas más abajo.
- Soy un alumno emancipado menor de 18 años. Por medio de la presente autorizo el intercambio de información* confidencial del alumno entre FCPS y las personas o agencias mencionadas más abajo.
- Soy un alumno mayor de 18 años. Por medio de la presente autorizo el intercambio de información* confidencial del alumno entre FCPS y las personas o agencias mencionadas más abajo.

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA: Escrita Verbal

Nombre de la agencia/persona	Información de contacto	Relación con el alumno
Nombre de la agencia/persona	Información de contacto	Relación con el alumno
Nombre de la agencia/persona	Información de contacto	Relación con el alumno
Nombre de la agencia/persona	Información de contacto	Relación con el alumno

PROPÓSITO DEL INTERCAMBIO: Si se autoriza la divulgación de esta información con un propósito en particular, por favor describa:

LÍMITE DE TIEMPO: Si se autoriza el intercambio de esta información durante un período particular de tiempo, por favor anote la fecha de inicio y la fecha de término de la autorización:

Fecha de inicio _____

Fecha de término _____

CONSENTIMIENTO:
DOY
CONSENTIMIENTO

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha