

**CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN
PARA LA REFERENCIA ENTRE DISTRITOS**

Con respecto a: _____
Nombre *Fecha de nacimiento*

Yo, el firmante, por este medio consiento a, solicitar, y autorizar a las agencias mencionadas a continuación para proporcionar cualquier o toda información médica, social, psicológica, y educativa con respecto a la persona mencionada al _____ para la inclusión
Nombre del distrito escolar/Agencia
en sus archivos los cuales van a usarse para planificar un programa escolar eficaz para esta persona.

También consiento a, solicitar, y autorizar a dicho _____
Nombre del distrito escolar/Agencia
de proporcionar dicha información al solicitarse a las agencias o profesionales mencionados abajo.

Una copia de este documento es válida como una original.

Los archivos de mi niño(a) pueden ser obtenidos de:

MEDICOS

Nombre Dirección Cuidad Estado

Nombre Dirección Cuidad Estado

Nombre Dirección Cuidad Estado

EDUCATIVOS

Nombre Dirección Cuidad Estado

AGENCIA

Nombre Dirección Cuidad Estado

Firma del padre o tutor: _____

Parentesco a la persona mencionada: _____
Padre/Tutor

Fecha: _____

TESTIGO: _____ *(firma)*

_____ *(domicilio)*