

**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)*