

# INTERAGENCIAL DEL CONDADO DE KERN

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN (Favor de escribir.)

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cliente/Núm. de Registro: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

### Agencia/Persona/Organización

Yo autorizo todo lo siguiente al menos que se indique de otra forma:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sociedad Oildale                            | <input type="checkbox"/> DHS/CPS                                      |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado de Kern            | <input type="checkbox"/> Condena Condicional del Condado de Kern      |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Orientación Infantil             | <input type="checkbox"/> Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield |
| <input type="checkbox"/> Distrito Escolar Beardsle                   | <input type="checkbox"/> Distrito Escolar de Preparatorias Kern       |
| <input type="checkbox"/> Distrito Escolar Standard                   | <input type="checkbox"/> Sociedad 34th Street                         |
| <input type="checkbox"/> Superintendente Escolar del Condado de Kern | <input type="checkbox"/> Otro   |

Proporcionando servicios para el alumno identificado anteriormente, para intercambiar u obtener registros/información obtenido durante el transcurso de la educación, el caso y/o el plan de servicio de mi hijo/a con el entendimiento que sí, y solo en lo afirmativo, tal intercambio de información se considere necesario para planear o proporcionar servicios necesarios.

Restricción de Registros o Información:  Ninguna  Sí \_\_\_\_\_

Yo entiendo que este consentimiento para Divulgación e Intercambio de Registros e Información es vigente hasta tal tiempo que se retire el consentimiento por el abajo firmante.

*He leído el consentimiento con cuidado.*

Favor de escribir: \_\_\_\_\_  
(Padre, Tutor, Curador)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre, Tutor, Curador)

Fecha: \_\_\_\_\_

### Consentimiento Retirado

Favor de escribir: \_\_\_\_\_  
(Padre, Tutor, Curador)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre, Tutor, Curador)

Fecha: \_\_\_\_\_