



CAMBRIDGE PUBLIC SCHOOLS  
159 THORNDIKE STREET CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02141

**Escuelas Públicas de Cambridge  
Servicios de Consejería  
Autorización para dar Archivos Escolares y Medicos**

Yo doy permiso para \_\_\_\_\_ a dar la información siguiente y otra información medica protegida, tal como dicho termino es definido en las reglas de privacidad del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de salud sobre mi hijo/hija, \_\_\_\_\_:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> evaluación psicológica         | <input type="checkbox"/> historia médica        |
| <input type="checkbox"/> evaluación psiquiátrica        | <input type="checkbox"/> historia social        |
| <input type="checkbox"/> archivo de una hospitalización | <input type="checkbox"/> resumen sobre salida   |
| <input type="checkbox"/> plan de tratamiento            | <input type="checkbox"/> resumen de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> archivos escolares             | <input type="checkbox"/> historia escolar       |
| <input type="checkbox"/> otro (especifique) _____       |   |

Entiendo que las Escuelas Públicas de Cambridge proveerá \_\_\_\_\_ con una copia de esta forma antes del reparto de ninguna información.

Mi firma en esta forma indica que suelto las Escuelas Públicas de Cambridge y \_\_\_\_\_ y sus representantes y empleos respectivos de y contra cualesquiera reclamadas que pueden derivar de la difusión de los archivos escolares y otra información sobre me hijo/hija, y cualquier uso subsiguiente de esta información por las Escuelas Públicas de Cambridge y/o \_\_\_\_\_ y sus representantes y empleos respectivos.

He leído esta autorización y entiendo las condiciones. La firmo voluntariamente y con conocimiento completo de lo que significa.

_____	_____	_____
nombre de estudiante	grado	fecha de nacimiento
_____	_____	
firma de padre o guardian	fecha	
_____	_____	
firma de estudiante si tiene más que 16 años	fecha	