



**AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN**

(llénelo sólo si es necesario)

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

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para tener la siguiente información profesional y pertinente.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> estudio de desarrollo social                     | <input type="checkbox"/> historial anecdótico                                    |
| <input type="checkbox"/> evaluación/historial médico                      | <input type="checkbox"/> informes de educación especial (incluyendo al personal) |
| <input type="checkbox"/> evaluaciones psicológicas                        | <input type="checkbox"/> historial de evaluaciones de lenguaje/hable             |
| <input type="checkbox"/> pruebas de logros                                | <input type="checkbox"/> carpeta acumulativa                                     |
| <input type="checkbox"/> informes de trabajo social                       | <input type="checkbox"/> evaluaciones psiquiátricas                              |
| <input type="checkbox"/> información verificada de agencias no educativas |  |
| <input type="checkbox"/> otro (por favor especifique) _____               |  |

Intercambio entre Giant Steps y \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

La razón por la cual la información se está solicitando: \_\_\_\_\_

El Illinois School Student Record Act establece que: “Al momento en que este consentimiento sea requerido, la escuela deberá informar a padre los siguientes derechos:”

1. Para revisar y copias este historial;
2. Para refutar el contenido del historial;
3. Para limitar dicho consentimiento a historiales designados o porciones designadas de información dentro del historial; y
4. Que esta autorización es efectiva a un año a partir de esta fecha a menos que se determine lo contrario. Los padres pueden revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. El consentimiento se extenderá un año a partir de la fecha de la(s) firma(s) que aparece abajo.

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2500 Cabot Drive · Lisle, Illinois 60532 · Phone: 630-864-3800 · Fax: 630-864-3820 · Web: [www.mygiantsteps.org](http://www.mygiantsteps.org)

autism education | training | therapy | recreation | life skills



2500 Cabot Drive · Lisle, Illinois 60532 · Phone: 630-864-3800 · Fax: 630-864-3820 · Web: [www.mygiantsteps.org](http://www.mygiantsteps.org)  
autism education | training | therapy | recreation | life skills