



CAMBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

159 THORNDIKE STREET CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02141

Escuelas Públicas de Cambridge Consentimiento Informado y Autorización para Dar Información para la Observación de la Conducta del Estudiante

Yo, _____, reconozco que mi niño, _____
Nombre de padre o tutor nombre de niño
fue recomendado para observación de la conductista del estudiante. La razón para esta recomendación son:

También doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Cambridge pongan a disposición de los servicios de observación de la conductista del estudiante y/o de dar la mano, los expedientes escolares, registros médicos y otra información confidencial del estudiante, junto con otra Información Médica Protegida, así como se define en las Reglas de Privacidad del Salud, Portabilidad y Responsabilidad, y para que mi niño o niña pueda participar en estos servicios. Además, también consiento para que las Escuelas Públicas de Cambridge puedan, incluyendo y sin limitación servicios de observación de la conductista del estudiante y/o de dar la mano, comunicarse con las siguientes agencias de la comunidad:

(haga una lista de las agencias)

También estoy de acuerdo y autorizo para que estas agencias de la comunidad hagan disponibles a las Escuelas Públicas de Cambridge, incluyendo y sin limitación servicios de observación de la conductista del estudiante y/o de dar la mano, expedientes escolares, registros médicos y otra información confidencial del estudiante, junto con otra Información Médica Protegida, así como se define en las Reglas de Privacidad del Salud, Portabilidad y Responsabilidad.

Entiendo que mi participación en los servicios ofrecidos a mi niño o niña será enormemente apreciada y estimulada. He leído este Informe de Consentimiento y Autorización y entiendo sus términos. Yo firmo voluntariamente y con el completo conocimiento de lo que significa y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en tiempo.

Firma de Padre o Guardian

Fecha