



CAMBRIDGE PUBLIC SCHOOLS
159 THORNDIKE STREET CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02141

Escuelas Públicas de Cambridge
Planilla de Consentimiento y de Liberación para Intercambio de Información entre
las Escuelas Públicas de Cambridge y Agencias y Programas Externos

Yo, _____, a través de la presente estoy de acuerdo y
(Nombre del Padre/Madre/Guardián)

doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Cambridge y las agencias y programas listados a continuación liberen y obtengan mutuamente el archivo estudiantil, de salud, otra información confidencial y otra Información Protegida de Salud, tal y como se define el término en la Regla de Privacidad del Acta de Información de Salud, Portabilidad y Responsabilidad, de mi

hijo(a) _____.
(Nombre del Hijo(a))

Las agencias y programas cubiertos por este documento son las siguientes:

(Lista de Agencias y/o Programas)

Además, también doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas de Cambridge y a las agencias y/o programas anteriormente identificados para que se comuniquen entre sí en asuntos concernientes a mi hijo(a).

He leído esta planilla de Consentimiento y Liberación y entiendo sus términos. La firmo de manera voluntaria y con completo conocimiento de su significado.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha