

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE KERN

- CENTRO REGIONAL DE KERN - (661) 327-8531 • FAX (661) 327-8676
- SELPA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD - (661) 631-5850 • FAX (661) 631-3289
- CONSORCIO SELPA DEL CONDADO DE KERN - (661) 636-4817 • FAX (661) 636-4810
- SELPA DE SIERRA SANDS - (760) 375-3363 • FAX (760) 375-3338

AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Para: _____ **Fecha:** _____

CONCERNIENTE A:

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Sexo: M F **# de Seguro Social** _____ **# de SELPA** _____ **# de UCI** _____

- La siguiente información está siendo solicitada para ayudar en la planeación escolar del estudiante identificado arriba. Estos récords formaran parte de los archivos educacionales de la escuela mantenidos por el distrito escolar como expedientes confidenciales. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que los récords sean recibidos.

Iniciales del padre

Información Solicitada: Educacional Psicológica Salud/Médica Plan de Tratamiento
 Diagnóstico Récords de Nacimiento Otra _____

- Esta autorización permanecerá en vigor durante la matriculación en el Programa de Intervención o hasta que el niño/a tenga tres años de edad, o hasta que la participación del niño/a en el programa culmine. _____
Iniciales del padre

- Esta autorización se compartirá con _____ para el planeamiento en común del programa y formará parte de los archivos que la agencia tenga sobre el niño/a. _____
Iniciales del padre

Esta información será otorgada a: _____

Atención: _____

Si tiene preguntas o necesita más información, por favor lláme al: _____

Padre/Tutor

Firma: _____ **Fecha:** _____