

Departamento de Educación a Domicilio
512-414-0184 oficina

CONSENTIMIENTO DE

Muchas veces es necesario que nos comuniquemos con las personas por información sobre su hijo para estudios individualizados. Esta comunicación nos ayuda a comprender las necesidades y la manera en que aprenden. Al autorizarnos da su permiso de solicitar

Gracias

DIVULGACIÓN:

Otorgo mi consentimiento a _____
(Nombre del médico o agencia)

para que divulgue información diagnóstica y pronóstica a los servicios de Educación a Domicilio/Hospitalarios del Distrito Escolar Independiente de Austin sobre _____.
(Nombre del estudiante)

(Firma del padre de familia o tutor legal)

(Nombre en letra de imprenta del padre de familia o tutor legal)

