

# Distrito Escolar Independiente de Austin



**Departamento de Educación a Domicilio**  
**512-414-0184 oficina**  
**512-414-0390 fax**  
**Jaala.smith@austinisd.org**

**Servicios de Educación a Domicilio/  
Hospitalarios**

## CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN - MÉDICO

Muchas veces es necesario que nos comuniquemos con médicos, clínicas, escuelas u otras personas por información sobre su hijo para planificar un programa apropiado y un plan de estudios individualizado. Esta comunicación nos ayudará a comprender mejor las necesidades y la manera en que aprende su hijo. Su firma en el siguiente formulario de autorización nos da su permiso de solicitar esta información.

Gracias,

Jaala Smith  
Educación a Domicilio/Servicios  
relacionados a embarazos  
Educación a Domicilio/Servicios  
hospitalarios

\*\*\*\*\*

### 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)

(Fecha)

(Relación con el estudiante)