



**SFUSD** SAN FRANCISCO  
PUBLIC SCHOOLS

**Distrito Escolar Unificado de San Francisco**  
**Autorización para que se comparta la**  
**información confidencial**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes día año

Escuela/Departamento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Persona con quién comunicarse: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Francisco y a la(s) institución(es) siguiente(s) o persona(s) para que intercambien la información que se describe a continuación:**

- Nombre del médico \_\_\_\_\_
- Nombre de la institución \_\_\_\_\_
- Nombre del padre de familia/encargado (si se autorizó el cuidado del menor de edad) \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Esta autorización se aplica a la información siguiente:** *(Marque con una "x" al lado de cada línea que aplique a su caso).*

\_\_\_\_ Datos educativos/IEP      \_\_\_\_ Desarrollo social      \_\_\_\_ Psicológica

\_\_\_\_ Visión      \_\_\_\_ Habla/lenguaje      \_\_\_\_ Auditiva

\_\_\_\_ Médica      \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Expira:** esta autorización expira (fecha o evento): \_\_\_\_\_

**Restricciones:** los proveedores de servicios que reciben esta información no pueden compartirla con ninguna persona, al menos que se firme otro formulario de autorización por separado.

**Sus derechos:** como padre de familia/encargado, puede negarse a firmar esta solicitud. Si decide firmarla puede cancelarla en cualquier momento informando por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela la autorización para compartir la información acerca de usted/estudiante, ésta se cancelará inmediatamente (a menos que alguien la haya distribuido). Además, tiene derecho de recibir una copia de esta autorización. .

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Indique que parentesco tiene con el estudiante:  Padre de familia  encargado legal: \_\_\_\_\_