



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: _____

Formulario de autorización para la divulgación de información confidencial

*** Para uso en pruebas de detección y evaluaciones ***

AGENCIAS, CENTROS INFANTILES Y HOSPITALES

AGENCIAS

__ Golden Gate Regional Center
120 Howard St. 3rd Floor
San Francisco, CA 94105

__ S.F. Department of Human Services
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94105

__ S.F. Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne, SF. CA 94105

__ S. F. Hearing & Speech Center
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

**Director/maestro del centro de
cuidado infantil/escuela**

Dirección: _____

Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____

Médicos

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____

CENTROS INFANTILES

__ California Children Services
30 Van Ness Ave., Suite #210
San Francisco, CA 94102

__ Chinatown Child Dev. Ctr.
Infant Development Program
720 Sacramento St.
San Francisco, CA 94108

__ Infant Parent Program
SFGH Building 9
2550 23rd Street, Rm. 130
San Francisco, CA 94110

__ Family Development Center
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

Trabajador social

Dirección: _____

Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____

HOSPITALES

__ CA Pacific Medical Center
Child Development Center
3700 California St.
San Francisco, CA 94118
Tel. 750-6200

__ Kaiser Permanente
Medical Correspondence
350 Street Joseph Street
San Francisco, CA 94115
Fax 833-3071

__ S. F. General Hospital
Attn: Medical Records Dept.
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

__ St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records Dept.
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

__ UCSF Hospital
Attn: Medical Records Dept.
400 Parnassus Ave. Rm. A-67
San Francisco, CA 94143

**Médicos/clínicas/especialistas
escolares**

Otros

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____