



## AUTORIZACIÓN PARA LA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

### Clinical Services

Por la presente doy permiso para que los Servicios Clínicos de ACES (ACES Clinical Services) vean información y/o conversen verbalmente con los siguientes profesionales con respecto al programa educativo individualizado (IEP) de mi hijo(a). El propósito de tal intercambio es proveer al personal de ACES con información médica y/o terapéutica actual y relevante que pueda impactar los servicios educativos del estudiante. Los proveedores fuera de su programa educativo recibirán información sobre la evaluación terapéutica, las metas, los objetivos y el progreso del estudiante en la escuela. El intercambio puede incluir: evaluaciones/asesoramientos, exámenes e informes/reportes.

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar/Escuela:** \_\_\_\_\_

Incluya al médico de cabecera actual y a cualquier otro proveedor externo/de agencia (es decir, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, patólogo del habla/lenguaje, o otro):

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Padre/Tutor** (escriba en letra de imprenta por favor)

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**