

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 es necesaria para la manera en que aprende y autorizamos 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)

