

*St Joseph's
School
for the Deaf*

DESCARGO DE INFORMACIÓN

1000 Hutchinson River Parkway, Bronx, N.Y. 10465-1899

718-828-9000
TDD-828-1671
FAX-792-6631

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____
FECHA DE
NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL
PADRE/TUTOR: _____

Yo, por la presente, autorizo el descargo de los reportes siguientes: [Marque lo apropiado]

- MEDICA/HOSPITAL/CLINICA: _____
- PSICOLÓGICO: _____
- EXAMEN FISICO
ESCOLAR/INMUNIZACIONES: _____
- PSIQUIATRÍA: _____
- SERVICIO SOCIAL: _____
- HABLA Y AUDICIÓN: _____
- AUDIOLÓGICO: _____
- EDUCACIONAL: _____
- OTRO (Específico): _____

PARA/DE: ST. JOSEPH'S SCHOOL FOR THE DEAF

PARA/DE: _____

FIRMA: PADRE/TUTOR

FECHA O EVENTO EN QUE ESTA
AUTORIZACION SE EXPIRA: _____

Yo, Padre/Tutor, tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al Directora Ejecutiva de St. Joseph's School for the Deaf. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización, con la excepción hasta cierto punto en que acción ya se ha tomado basado por esta autorización.

Información ya revelado bajo esta autorización puede ser revelado otra vez por el receptor y ya no esta protegido por Ley Federal o del Estado.

Yo he recibido una copia de esta forma.