



BOCES Southern Westchester
THE BOARD OF COOPERATIVE EDUCATIONAL SERVICES

CENTER FOR SPECIAL SERVICES
1606 Old Orchard Street, White Plains, New York 10604
(914) 948-7271 • fax (914) 948-7598

Autorización para la divulgación de información

Yo, _____ le doy autorización y consentimiento para
() _____
() _____

Sus respectivos agentes y empleados, a divulgar información limitada a los siguientes elementos:

Yo permito que la información confidencial sea divulgada solamente al Southern Westchester Boces con el propósito de mantener salud / educación de mi niño

Nombre de Estudiante Fecha de Nacimiento

Esta autorización para revelar información confidencial puede ser revocada por mí, por escrito, en cualquier momento excepto si ya se ha tomado acción; Será efectiva sólo el tiempo suficiente para responder al propósito para el cual fue dado y ninguna información confidencial adicional será publicada sin la ejecución de una declaración adicional de consentimiento.

Firma de estudiante (si no es un menor de edad) Fecha de consentimiento

Firma de Padres/Tutor Fecha de consentimiento

Firma de testigo Fecha