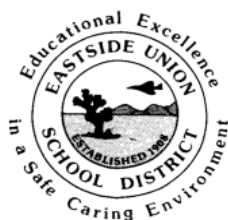


Mark E. Marshall, Ed.D.  
Superintendente



**Consejo de la Mesa Directiva**

Sra. Janette T. Crawford  
Sra. Peggy W. Foster  
Sra. Martha D. Johnson  
Sr. Joseph Pincetich  
Sra. Krista Thomsen

*“Trabajando para mejorar el rendimiento escolar.”*

### SOLICITUD DE ARCHIVO CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL ALUMNO:		FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO (Mes/Día/Año):	
NOMBRE DE LA ESCUELA:		FECHA DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN:	
NOMBRE DEL HOSPITAL/MEDICO/PROVEEDOR DEL SERVICIO:			
DIRECCION DEL HOSPITAL/MEDICO/PROVEEDOR DEL SERVICIO:			
TIPO DE INFORMACIÓN DE SER ENTREGADA (Marque el cuadro(s) pertinente (s): <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> PSIQUIATRICO <input type="checkbox"/> DROGA <input type="checkbox"/> CONDICIONES ALCOHOLICAS <input type="checkbox"/> EDUCACIONAL <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)			
FECHAS DE PRESTAR EL SERVICIO(S): Desde      Hasta			
EL PROPOSITO(S) DE LA ENTREGA DE INFORMACIÓN: _____ _____			
AUTORIZACIÓN DE ENTREGA/LIMITADO A LA INFORMACIÓN DESIGNADA A CONTINUACION: <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> SUMARIO PERTINENTE CUANDO SE DIO DE ALTA <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE TRASLADO <input type="checkbox"/> RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLOGICAS Y VOCACIONALES <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____ _____ _____			

LA INFORMACIÓN ESPECÍFICADA ANTERIORMENTE PUEDE SER ENTREGADO A:

**Eastside Union School District  
45006 30th Street East  
Lancaster, California 93535**

Esta autorización tomara efecto en la fecha de vigencia mencionado anteriormente y esta sujeto a una revocación por el abajo firmante en cualquier momento excepto a la medida en que una acción ha sido tomada y terminara en noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia si no tiene una revocación antes.

Entiendo que el solicitante no puede usar o divulgar la información medica a menos que otra autorización se obtiene de mi parte o tal uso de la divulgación es específicamente necesario o permitido por la ley.

Yo entiendo que yo tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito.

Por la presente, autorizo la entrega de la información anterior.

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ALUMNO/PADRE/TUTOR LEGAL/PROTECTOR		RELACIÓN AL ALUMNO	
FIRMA DEL ALUMNO/PADRE/TUTOR LEGAL/PROTECTOR		TÉLEFONO	FECHA DE LA FIRMA
DIRECCION COMPLETA (Numero, Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal)			