Clear Form

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION

Date _____

Student's Name _____

Date of Birth _____ ID# _____

I hereby authorize the mutual exchange of records pertaining to my child or myself, _____ _____ , between the MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS and the following agencies (include all schools, physicians, psychologists, hospitals, clinics, etc., that have had significant contact with your child):

Name	**Address**

- The specific records to be disclosed pertain to: _____

_____

- The purpose for making these records available is: _____

_____

- **The receiving party will not disclose the information to any other party without signed consent.**

I certify that I am the parent or legal guardian of the child named above or that I am a student of majority age and have the authority to sign this release.

_____ _____
Name (print) Signature

_____
Address City, State Zip Code

Please return this form to: _____

_____

_____

_____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN (CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identidad _____

Con la presente carta autorizo el intercambio de información en referencia a mi hijo o mi persona, _____, entre las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade (MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS) y las siguientes agencias (incluyendo escuelas, médicos, sicólogos, hospitales, clínicas, etc., que han tenido que ver con su hijo/hija):

Nombre	**Dirección**

- Los documentos específicos divulgados conciernen: _____

_____

- La razón de tener estos documentos disponibles es: _____

_____

- **La(s) persona(s) que reciba(n) estos documentos no divulgará(n) la información con otras personas y/o agencias sin su consentimiento.**

Hago constar que soy el padre o tutor legal del niño cuyo nombre se menciona arriba o que soy un estudiante mayor de edad y estoy autorizado para firmar esta carta de autorización.

_____ _____
Nombre Firma

_____
Dirección Ciudad, Estado Código postal

Sírvase devolver esta carta a: _____
_____
_____
_____

LEKÒL PIBLIK MIYAMI

FŇM KONSANTMEN POU ECHANJ EMFŇMASYON
(CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION)

Dat _____

Nom elèv _____

Dat li fèt _____ ID# _____

Mwen otorize ke yo fe echanj enfomasyon sou dosye pitit mwen ou dosye pa-m, _____ , ant Lekòl Leta Miami-Dade Konti ak ajns sa yo mete (tout lekòl, doktè, sikològ, klinik, esetera, ki te an afè avèk pitit ou):

Nom	**Adrès**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Dosye yo kapab kite moun wè yo, se dosye ki gen rapò ak: _____

_____

- Dosye yo kapab kite moun wè yo, se dosye ki gen rapò ak: _____

_____

- **Moun ki resevwa dosye ya p'ap kite okenn lot moun wè yo san yon konsantman siyen.**

Mwen sètifye ke se mwen ki paran ou gadyen timoun, non ekri anro,fòm sa a ou swa mwen se yon elèv ki majè e ke mwen gen otorite ou siyen pèmisyon sa a.

_____ _____
Non Siyati

_____
Adrès

Sil vou plè, retounen fòm sa bay:

_____
_____
_____
_____