

**DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA**  
 440 NORTH BROAD STREET  
 PHILADELPHIA, PA 19130  
 (215) 400-4000  
**AUTORIZACIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN**

Nombre y apellido del estudiante / *Student Name (Last, First)* \_\_\_\_\_

Escuela / *School* \_\_\_\_\_

Número de identificación / *Student ID #* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / *DOB* \_\_\_\_\_

Para poder (proveer/recibir) información acerca de su hijo/a, el Distrito Escolar de Filadelfia necesita su autorización escrita. *(In order to (provide/receive) information regarding your child, the School District of Philadelphia needs your written permission.)*

**Si usted nos autoriza, se pueden dar o recibir copias de su información a las siguientes partes.**  
*(If you give permission, copies of the information will be given to/ received by the party (parties) named here)*

Agencia / empleado *(Agency/employee)*: \_\_\_\_\_

Tipo de información que se puede compartir / *Types of information to be shared*:

<input type="checkbox"/> Educativa/Educational	<input type="checkbox"/> Neurológica/Neurological
<input type="checkbox"/> De habla o auditiva Speech/Hearing	<input type="checkbox"/> Sicológica/Psychological
<input type="checkbox"/> Médica/Medical	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica/Psychiatric
<input type="checkbox"/> Otra/Other	<input type="checkbox"/> Otra/Other

**Certificación**

Certifico que soy el padre, encargado, o sustituto designado de educación del estudiante nombrado arriba. Doy permiso para la liberación de la información solicitada. Soy consciente de mis derechos legales con respecto a la divulgación de información de identificación personal, incluyendo mi derecho a revocar la autorización y de obtener copias de la información previa solicitud por escrito. Entiendo que este permiso es válido únicamente para el propósito indicado anteriormente y para el año académico que termina en el 20\_\_.

*(I certify that I am the parent, legal guardian, or appointed educational surrogate of the student named above. I hereby give permission for the release of information as requested. I am aware of my legal rights regarding the release of personally identifiable information, including my right to withdraw permission and to get copies of the information upon written request. I understand that this permission is valid only for the purpose stated above and for the current school year ending in 20\_\_)*

Nombre completo (en mayúsculas) / *Full Name (Print)*: \_\_\_\_\_

Firma / *Signature* \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante / *Relationship to student*: \_\_\_\_\_ Fecha / *Date* \_\_\_\_\_