



**Divulgación/Divulgación de Información  
Entre la escuela del paciente y el centro de atención pediátrica**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela: \_\_\_\_\_

Escuela Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/orientador/trabajador social: \_\_\_\_\_

Trabajador Social Tel. #: \_\_\_\_\_

---

Por la presente autorizo a la escuela/maestro/orientador/trabajador social mencionado anteriormente a comunicarse con el Centro de atención pediátrica. Además, autorizo a la escuela/maestro/orientación/trabajador social mencionado anteriormente a divulgar cualquier documentación solicitada o a discutir cualquier información importante sobre el paciente mencionado anteriormente con el Centro de atención pediátrica.

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

---

Motivo de la liberación: