

CS-017 Autorización para Obtener Información

Revisado 05/19/2021



DIVISION OF BLIND SERVICES

Florida Department of Education | dbs.fldoe.org

Información Personal

Primer Nombre:	Inicial:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Correo Electrónico:	

Proveer Información

Autorizo a la División de Servicios para Ciegos a proveer información a:

Nombre del Proveedor o Facilidad:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Número de FAX:	

Obtener información

Autorizo a la División de Servicios para Ciegos a obtener información de:

Nombre del Proveedor o Facilidad:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Número de FAX:	

Propósito de Esta Solicitud

Ésta información será usada solamente para mi plan de servicios. Ésta información no será divulgada a nadie más sin mi permiso por escrito.

Clases de Registros Autorizados:

Médico Psicológico Visión Otro (especifique): _____

Específica Información Autorizada (Seleccione una o más, si aplica):

Evaluaciones Notas de Progreso Diagnóstico
 Expediente Escolar Planes de Tratamiento Resumen de Tratamiento
 Resultados de Examen de Laboratorio:
 Otro (especifique): _____

Uso de Solo Una Vez

Autorizo que éste permiso se use una sola vez para dar la información detallada arriba a la persona, proveedor, organización, facilidad, o programa identificados. **Mi autorización se expirará:**

Cuando la información pedida sea enviada o recibida.
 90 días de ésta fecha:
 Otro (especifique): _____

Uso Periódico

Autorizo el uso periódico para dar la información detallada arriba a la persona, proveedor, organización, facilidad, o programa identificados cuantas veces sea necesario para cumplir el propósito identificado en éste documento. **Mi autorización se expirará:**

Cuando ya no esté recibiendo servicios de la División de Servicios para Ciegos.
 Un año de ésta fecha:
 Otro (especifique): _____

Yo entiendo que puedo cancelar ésta autorización, en cualquier momento, sometiendo un pedido por escrito a la División, excepto cuando el pedido haya sido hecho con mi autorización previa. Este documento puede ser producido en formatos alternativos como Braille, letra grande y cassette.

Firma del Cliente o Representante

Fecha

Relación al Cliente (Si el solicitante no es el estudiante):

Padre Guardián Legal Otro (especifique): _____