



DISTRITO ESCOLAR DE SNOHOMISH NO. 201
Snohomish, Washington 98290

**CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE
EXPEDIENTES EDUCATIVOS, PSICOLÓGICOS Y MÉDICOS**

ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
Apellido Nombre Segundo nombre

ESCUELA _____ DISTRITO _____

Para los fines de recolectar datos relacionados a la programación educativa, doy mi autorización para el intercambio de información sobre el estudiante arriba nombrado entre el Distrito Escolar de Snohomish y:

NOMBRE/AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____ C.P. _____

NOMBRE/AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____ C.P. _____

Acuso recibo de notificación de esta transferencia de expedientes, tal como dispone la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974, y comprendo que tengo derecho a recibir una copia a expensas propias, si la solicito, y a tener la oportunidad de tener una audiencia para impugnar el contenido de los expedientes. Comprendo que la información transferida será tratada como confidencial y no será comunicada a terceros sin mi consentimiento, excepto de acuerdo a las disposiciones del WAC 392-171-631.

FIRMA _____ FECHA _____
Padre, madre, tutor o estudiante adulto

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

PLEASE ADDRESS INFORMATION REGARDING THIS STUDENT TO:
SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT NO. 201

Attention _____

Department/School _____

Address _____