



# FLORIDA DEPARTMENT OF JUVENILE JUSTICE

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS CON ACCESO RESTRINGIDO

PADRE: \_\_\_\_\_

NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a un representante de la siguiente agencia/ programa a participar en comunicaciones verbales, escritas o electrónicas en nombre de mi hijo. Soy consciente de que esta información será estrictamente confidencial y que se utilizará en el mejor interés de mi hijo, a fin de proporcionar los servicios clínicos y educativo más adecuados.

Los siguientes servicios están autorizados a intercambiar información a menos que se indique lo contrario:

Camelot Counseling Services  
ITM Counseling Group  
Meridian Counseling Services  
FFT Counseling Services  
Partnership for Strong Families  
The Department of Children & Families  
The Department of Health Services  
Guardian ad Litem Program  
Psych Resources, Inc  
Otro: \_\_\_\_\_

Levy County Schools (Public/Private)  
Gilchrist County Schools (Public/Private)  
Alachua County Schools (Public/Private)  
Baker County Schools (Public/Private)  
Bradford County School (Public/Private)  
Union County Schools (Public/Private)  
CBT Counseling Services  
Children's Advocacy Center

Por medio de la presente autorizo, a nombre de mi hijo, a las agencias/programas identificados a intercambiar los siguientes tipos de información:

Información/ Registros Escolares  
Planes de Educación Individual  
Historial Médico y de Salud  
Evaluaciones de Habla y Lenguaje  
Regímenes de medicamentos actuales/pasados  
Otro: \_\_\_\_\_

Evaluaciones Psicológicas/Psiquiátricas  
Historial Psicosocial  
Resumen del tratamiento/ Notas de progreso  
Historial de Empleo/Vocacional  
Reportes de discusión en conjunto del caso

2737 Centerview Drive • Tallahassee, Florida 32399-3100 • (850) 488-1850

**Rick Scott, Governor**

**Timothy Niermann, Interim Secretary**

*The mission of the Department of Juvenile Justice is to increase public safety by reducing juvenile delinquency through effective prevention, intervention, and treatment services that strengthen families and turn around the lives of troubled youth.*

Yo entiendo que esta autorización se mantendrá vigente por un periodo de un (1) año, y que puedo retirar la autorización mediante notificación escrita en cualquier momento dentro de este periodo. Yo certifico que soy el tutor legal del niño mencionado arriba y que tengo la autoridad para firmar esta Autorización para la Divulgación de Datos.

---

PADRE/TUTOR

---

FECHA

---

TESTIGO

---

FECHA