



# Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632  
209-744-4521 / 209-745-5479 fax / www.galt.k12.ca.us

## INTERAGENCY AUTHORIZATION AND REQUEST FOR EXCHANGE OF INFORMATION

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Por este medio, doy mi consentimiento para que se divulgue e intercambie información confidencial sobre el estudiante mencionado arriba y entre el Distrito de Escuelas Primarias de Galt y cualquier proveedor o agencia con información relevante para el plan educativo de este niño. Entiendo que el propósito de este comunicado e intercambio de información es para ayudar a desarrollar un ambiente educativo más apropiado para este niño.

Esta autorización está vigente hasta \_\_\_\_\_ (Fecha o evento), cuando caduque.

Los siguientes tipos de información pueden ser divulgados:

- Diagnósis
- IEP / ITP / IWRP
- Exámenes de Aptitud
- Evaluación Psicópata / Social
- Todos los registros médicos de nacimiento hasta el presente.
- 504 y IAP
- Exámenes psicológicos
- Registros Educativos
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Proveedor/Agencia #Tel.

\_\_\_\_\_  
Proveedor/Agencia #Tel.

\_\_\_\_\_  
Domicilio #Fax

\_\_\_\_\_  
Domicilio #Fax

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Entiendo que esta información puede acompañar el registro confidencial de mi hijo al ser transferido a otro distrito escolar.

**UNA COPIA O FAX DE ESTE FORMULARIO ES TAN VÁLIDO COMO EL ORIGINAL.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Tutor Legal/ Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Estudiante.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde