



## Consentimiento para el Intercambio de Información / Registros

Respecto a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL NIÑO / ADULTO JOVEN)

Autorizo al personal de la escuela, otros profesionales y organizaciones / agencias a intercambiar información con FAVI Deaf-Blind Collaborative con el propósito de reportar información demográfica sobre estudiantes con sordoceguera en Florida e iniciar y facilitar servicios individualizados y asistencia técnica para el equipo individual, familiar y educativo del alumno con sordoceguera. Las siguientes personas / organizaciones pueden intercambiar información / registros

(POR FAVOR PONGA SUS INICIALES):

\_\_\_\_\_Distritos escolares): \_\_\_\_\_  
(CONDADO O CONDADOS)

\_\_\_\_\_Centro Nacional de Sordoceguera      \_\_\_\_\_Centro Nacional Helen Keller

\_\_\_\_\_Proyectos estatales para personas sordas y ciegas

\_\_\_\_\_Departamento de Educación de Florida

\_\_\_\_\_División de Servicios para Ciegos      \_\_\_\_\_Rehabilitación Vocacional

\_\_\_\_\_Profesionales médicos

\_\_\_\_\_Proveedores de rehabilitación (PT, OT, SLP)

Otro: \_\_\_\_\_

Los siguientes métodos de comunicación están permitidos  
(POR FAVOR PONGA SUS INICIAL):

\_\_\_\_\_teléfono / mensaje de texto      \_\_\_\_\_correo electrónico      \_\_\_\_\_videoconferencia

\_\_\_\_\_audioconferencia      \_\_\_\_\_fotografías      \_\_\_\_\_grabaciones de video

Respecto a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL NIÑO / ADULTO JOVEN)

Autorizo al personal de la escuela, otros profesionales y organizaciones / agencias a Intercambiar información con FAVI Deaf-Blind Collaborative.

Los tipos de información que permito que se compartan están marcados con mis iniciales a continuación:

\_\_\_\_\_ Diagnósticos, etiologías y condiciones de discapacidad

\_\_\_\_\_ Plan de educación individual (IEP) / Plan de apoyo familiar individual (IFSP)

\_\_\_\_\_ Datos de evaluación      \_\_\_\_\_ Evaluaciones      \_\_\_\_\_ Reportes OT / PT / SLP

\_\_\_\_\_ Informes médicos / oftalmológicos      \_\_\_\_\_ Informes auditivos / de audiogramas

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

---

Este consentimiento para el intercambio de información y registros es voluntario y válido hasta que yo retire mi consentimiento, en cualquier momento, por escrito.

Mi firma electrónica está escrita a continuación.

---

(FIRMA ELECTRÓNICA)

(FECHA)

---

(RELACIÓN A ESTUDIANTE CON SORDO-CEGUERA)