



Estado De Tennessee
Departamento de Servicios para Menores
AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE MENORES DEL DEPARTAMENTO
DE SERVICIOS PARA MENORES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS POR CONTRATO
 (AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CHILD-SPECIFIC INFORMATION
 FROM THE DEPARTMENT OF CHILDREN'S SERVICES AND CONTRACT SERVICE PROVIDERS)

Nombre del menor (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 (apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Numero de Seguro Social.: _____ - _____ - _____ Sexo: Masculino Femenino
 De conformidad con las normas Federales y la política y procedimientos del Departamento, por la presente pido y autorizo la obtención de registros o información especificada a continuación:

SÍ NO

- 1. Registros escolares, incluyendo certificados de estudio, GED, TCAP, educación especial
- 2. Expedientes médicos, incluyendo exámenes, pruebas de laboratorio, tratamientos
- 3. Reportes de pruebas psicológicas, incluyendo resultados de pruebas de coeficiente intelectual (IQ)
- 4. Reportes de evaluaciones psiquiátricas
- 5. Resúmenes de reportes de terapias y tratamiento de salud mental
- 6. Información del historial social/datos de evaluación funcional, incluyendo núcleo familiar, empleo, reportes policíacos, etc.
- 7. Otro - Especifique: _____

Especifique el propósito para el cual dicho expediente o información serán utilizados: _____

Este expediente o información se puede proporcionar a (para peticiones de agencias u organizaciones múltiples, se deberá firmar una forma por cada petición):

Nombre (agencia/organizacion): _____

Dirección (calle o P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Numero de teléfono: (_____) _____ - _____

Esta autoridad incluye, pero no se limita a la inspección, copia y el recibo de documentos, información y fotografías para mostrarse al público a través de los medios de comunicación, videos, y toda otra información escrita o grabada. Se me ha explicado y entiendo que existen leyes y regulaciones que protegen la confidencialidad de cierta información escrita y oral de registros. Puedo revocar esta autorización para proporcionar información en cualquier momento; sin embargo, también entiendo que cualquier información que haya sido proporcionada antes de mi revocación, y la cual haya sido realizada bajo el resguardo de esta autorización no constituye el quebrantamiento de mi derecho a la confidencialidad. A menos que yo revoque esta autorización antes de dicho momento, esta autorización para proporcionar información es valida hasta que dicha petición sea llevada a cabo siempre y cuando no exceda un año.

Firma del menor: _____ Fecha: _____

(Los padres o tutores legales deben firmar este documento si el(la) niño(a) es menor de edad)

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o tutor (letra de molde): _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Solicito que no se revele ningún tipo de información o fotografías de mi hijo(a) en los medios de comunicación.

(Padre o tutor)	Nombre escrito	Firma	Fecha

NOTA: POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE PUEDE EXISTIR UN COSTO DE PROCESAMIENTO Y COPIADO.

<input type="checkbox"/> No se pudo localizar la información solicitada	<input type="checkbox"/> La información solicitada no se pudo proporcionar	Razón: _____
<input type="checkbox"/> Información autorizada por: _____		Fecha: _____
Contacto de DCS: _____	Numero de Teléfono: _____	
Oficina de DCS: _____	Domicilio: _____	
Firma que autoriza: _____	Fecha: _____	
Testigo: _____	Fecha: _____	
ESTA FORMA ES VALIDO DE _____ AL _____. LA FECHA NO EXCEDER UN ANO DE LA FECHA COMENZAR.		