



CAMBRIDGE PUBLIC SCHOOLS

159 THORNDIKE STREET CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02141

ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMBRIDGE CONSENTIMENTO INFORMATIVO E AUTORIZAÇÃO PARA A TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE AS ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMBRIDGE E OUTRAS AGÊNCIAS OU PROGRAMAS

Eu, _____ por meio desta, concordo e dou consentimento
(Nome do Pai/Responsável)

às Escolas Públicas de Cambridge e as devidas agências e programas abaixo citadas, a liberar e obter umas das outras o registro do aluno, saúde e informação confidencial entre outras e a Informação Médica Protegida, como o termo é definido pelo Estatuto de Privacidade do Decreto de Responsabilidade e Caráter de Transferência de Seguro de Saúde de meu filho, _____.
(Nome da criança)

Essa autorização é válida para a seguintes agências e programas:

(Liste as Agências e/ou Programas)

Além disso, também autorizo as Escolas Públicas de Cambridge e as agências acima identificadas e/ou programas à comunicarem-se à respeito de meu filho.

Eu lí este Consentimento Informativo e de Autorização e entendo os seus termos. Eu o assino de forma voluntária e com pleno conhecimento de seu significado.

Assinatura do Pai/Responsável

Data