



THE UNIVERSITY OF GEORGIA

# College of Education

Communication Sciences and Special Education  
570 Aderhold Hall, Athens, GA 30602-7152  
http://gsap.coe.uga.edu ~ FAX (706) 542-5348



**GEORGIA**  
**SENSORY**  
**ASSISTANCE**  
**PROJECT**

## AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION CONFIDENCIAL

**A:** Georgia PINES **Tfno:** (404) 298-4880  
**Domicilio:** Georgia Department of Education **FAX:** (404) 298-3610  
890 North Indian Creek Dr.  
Clarkston, GA 30021

Por la presente autorizo a liberar los expedientes confidenciales de mi niño/a, abajo marcados **a/de** Georgia Sensory Assistance Project (Proyecto de Asistencia Sensorial de Georgia).

**Nombre de Niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_

	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
<input checked="" type="checkbox"/>	Informa de Visión			
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe Audiológico			
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe de Examen Otológico			
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación de Orientación y Movilidad (O&M)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación Funcional de Visión (FVA)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Expediente de Intervención Temprana (IFSP, IPP, Evaluaciones, Notas de Visitas)			
<input checked="" type="checkbox"/>	IEP y otras Evaluaciones relativas			
	Otro (especificar) _____			
	Otro (especificar) _____			

Razón de la Solicitud:  Verificar cualificación  
 Planificar la asistencia tecnológica apropiada y la colaboración de servicios

Entiendo que la liberación de esta información es voluntaria. Comprendo que puedo revocarla en cualquier momento. Comprendo que la entidad receptora de dicha información no la entregará a nadie, sin mi consentimiento por escrito. No impongo límites en la información de la historia clínica (incluyendo el ser SeroPositivo y/o padecer SIDA, información genética, de drogodependencia o psiquiátrica) o la información terapéutica o de diagnóstico, incluyendo cualquier tratamiento por alcoholismo, abuso de drogas o desórdenes psiquiátricos.

Esta autorización expira el: \_\_\_\_\_

Firma	Fecha	Nombre	Parentesco

**LE ROGAMOS ENVIAR ESTE FORMULARIO a GSAP**