EL PROGRAMA BRIDGE
Milford High School

<u>Autorización para divulgar y recibir información y registros confidenciales</u>

Nombre del Estudiante:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Autorizo que el personal del Programa Bridge y la Escuela Secundaria de Milford puedan usar y divulgar la información de salud emocional/física y los registros académicos de la persona mencionada anteriormente para ayudar a facilitar una experiencia saludable y segura en la escuela. La información y los registros deben ser entregados a/obtenidos de:

Nombre/Organización:_____
Direccion:_____

_____

Teléfono:_____
Correo electrónico/Fax:_____

_____ _____
Firma del padre/guardián, Fecha Relación con el estudiante
(o estudiante si tiene 18 años o más)

_____
Firma del personal del programa Bridge, Fecha