**EL PROGRAMA BRIDGE
Milford High School**

Autorización para divulgar y recibir información y registros confidenciales

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: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico/Fax: _____

**Firma del padre/guardián, Fecha
(o estudiante si tiene 18 años o más)**

Relación con el estudiante

Firma del personal del programa Bridge, Fecha