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 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/obtenidos del siguiente personal interno de la escuela:

1) **Personal de apoyo (consejeros escolares, administradores escolares, trabajadores sociales escolares, psicólogos escolares, enfermeras escolares) _____**
2) **Maestros (todos los maestros que el estudiante tiene actualmente para la clase, incluido el salón principal) _____**

_____ _____

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

_____

Firma del personal del programa Bridge,
Fecha