



## AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EXPEDIENTES

Como padre/madre/tutor del estudiante, por el presente documento autorizo a las Escuelas Públicas de Aurora obtener los expedientes de:

\_\_\_\_\_  
Primer nombre      Segundo nombre      Apellido      /      Fecha de nacimiento:    Mes    Día    Año

Autorizo la solicitud de los siguientes expedientes (marque lo que permite al distrito obtener):

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Expedientes escolares                  | <input checked="" type="checkbox"/> Expedientes psicológicos/sociológicos                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Educación especial                     | <input checked="" type="checkbox"/> Otros (si es necesario, describa estos en otra hoja) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Información de exámenes estandarizados |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Expedientes médicos                    |  |

Los expedientes están actualmente en la posesión de la siguiente ...

Escuela, agencia o persona: \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** La persona o agencia quien reciba estos expedientes no deberá (a menos que leyes federales le autoricen) transferirlos a ninguna otra persona o agencia sin el consentimiento, por escrito, del padre o tutor legal, o del estudiante mayor de dieciocho (18) años de edad. De conformidad con la Ley Pública 93-380, se le notifica a usted por el presente que tiene el derecho de revisar los expedientes escolares, obtener copias de dichos expedientes siempre y cuando pague el costo de ellas, y a cuestionar el contenido de dichos expedientes aduciendo que podrían ser erróneos, engañosos o inapropiados.

### SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

\_\_\_\_ Certifico ser el padre o tutor legal de la persona a quien se refiere en esta forma de autorización y cuyo nombre aparece arriba, y certifico que dicha persona es menor de dieciocho (18) años de edad.

\_\_\_\_ Certifico ser mayor de dieciocho (18) años de edad, y que soy la persona a quien se refiere en esta forma de autorización y cuyo nombre aparece arriba.

\_\_\_\_\_  
Fecha      Firma

DE CONFORMIDAD CON LA LEY PÚBLICA 93-380 SE MANTENDRÁ ARCHIVADA ESTA AUTORIZACIÓN.

**Escanear y enviar por correo electrónico:    [OwlsAST@gmail.com](mailto:OwlsAST@gmail.com)**

**Enviar por correo normal:**

Aurora Science & Tech High School

ATTN: Karina Rodriguez

2540 N Scranton

Aurora, CO 80045