

**Universidad Central de la Florida**  
**Centro de Autismo y Condiciones Relacionadas**  
**UCF-CARD**

4000 Central Florida Blvd.  
P. O. Box 162202  
Orlando, FL 32816-2202  
Teléfono: 407-823-6011/888-558-1908  
Fax: 407-823-6012

Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACION**

Esta autorización permite el intercambio de información referente a mi hijo/a entre UCF-CARD y las agencias, escuelas y otros profesionales especificados a continuación. Con la finalidad de intercambiar documentación de diagnóstico, planificación educacional o de tratamiento y consulta con el Centro de Autismo y Condiciones Relacionadas en la Universidad Central de la Florida/Orlando (**favor seleccionar las opciones que apliquen**):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Orange   | <input type="checkbox"/> Escuela Privada/Semi-Privada<br>(Nombre y Teléfono): _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Seminole | _____   |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Osceola  | <input type="checkbox"/> Agencia de Personas con Discapacidades (APD)               |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Brevard  | <input type="checkbox"/> Doctores/Especialistas (Nombres y Teléfonos): _____        |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Volusia  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Sumter   | <input type="checkbox"/> Terapeutas (Nombres y Teléfonos): _____                    |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del Condado Lake     | _____   |
|   | <input type="checkbox"/> Familiares: _____  |
|   | _____   |
|   | <input type="checkbox"/> Otros: _____   |
|   | _____   |

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Yo autorizo a UCF-CARD a intercambiar información con las agencias, escuelas, profesionales y/o personas especificadas anteriormente.

Entiendo que puedo revocar, por escrito, toda o parte de ésta autorización en cualquier momento y que la distribución de la información del cliente está prohibida.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_