



**ESCOLA PÚBLICA DE CAMBRIDGE  
CONSENTIMENTO DE INFORMAÇÃO  
E AUTORIZAÇÃO PARA SERVIÇOS DE CONSELHERIA**

Eu concordo e concedo permissão a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para ceder as Escolas Públicas de Cambridge as seguintes informações específicas e a Informação Médica Protegida, como o termo é definido pelo Estatuto de Privacidade do Decreto de Responsabilidade e Caráter de Transferência de Seguro de Saúde concernente a meu filho(a), \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica           | <input type="checkbox"/> Histórico Médico  |
| <input type="checkbox"/> Avaliação Psiquiátrica          | <input type="checkbox"/> História Social   |
| <input type="checkbox"/> Hospitalização/Paciente externo | <input type="checkbox"/> Alta Médica       |
| <input type="checkbox"/> Planos de Tratamento            | <input type="checkbox"/> Relatório Médico  |
| <input type="checkbox"/> Registros do Estudante          | <input type="checkbox"/> Histórico Escolar |
| <input type="checkbox"/> Outros(especifica) _____        |  |

Entendo que as Escolas Públicas de Cambridge proporcionarão \_\_\_\_\_ com uma cópia plenamente excutada, dando consentimento para adquirir os registros médicos, registros da escola e informações relacionadas a escola (informação e consentimento) antes que qualquer informação seja obtida.

Ao assinar este consentimento e ceder a permissão declarado por escrito, estou dando ambas Escolas Públicas de Cambridge e \_\_\_\_\_ e seus respectivos oficiais, diretores, agentes, empregados contra toda declaração que surgir desta autorização para ceder o registro do meu filho(a), informações relacionadas ao aluno, e qualquer uso subsequente dessas informações pelas Escolas Públicas de Cambridge e/ou \_\_\_\_\_ seus oficiais, diretores, representantes e/ou agentes.

Li este Consentimento, cedo e entendo seus termos. Assino-o voluntariamente e com pleno conhecimento de sua importância.

_____ Nome do Estudante	_____ Classe	_____ Data de Nascimento
_____ Assinatura dos Pais/ou Encarregado de Educação		_____ Data
_____ Assinatura do Estudante (se for maior de 16 anos)		_____ Data