

**Universidade da Flórida Central**  
**Centro de Autismo e Deficiências Relacionadas**

UCF CARD

12424 Research Parkway Suite 365

Orlando, FL 32826

407-823-6011 / 800 9-AUT

**FORMULÁRIO DO LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES**

Este formulário permite que o UCF-CARD troque informações sobre o meu filho/filha para fins de documentação de diagnóstico, planejamento educacional e de tratamento, e consulta com as seguintes agências, escolas e profissionais especificados abaixo para o Centro de Autismo e Deficiências Relacionadas da Universidade da Flórida Central/Orlando. **(por favor, verifique as opções que se aplicam a você):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orange County Public Schools                    | <input type="checkbox"/> Médicos/Especialistas (Nomes & Números):<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Seminole County Public Schools                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Osceola County Public Schools                   | <input type="checkbox"/> Terapeutas (Nomes e Números): _____               |
| <input type="checkbox"/> Brevard County Public Schools                   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Volusia County Public Schools                   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Lake County Public Schools                      | <input type="checkbox"/> Familiares: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Sumter County Public Schools                    | _____  |
| <input type="checkbox"/> Escola Privada/Charter (Nome & Número)<br>_____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Agência para Pessoas com Deficiência (APD)      | _____  |

\_\_\_\_\_  
**Nome da criança**

\_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento**

**Eu por meio deste atestar que estou legalmente autorizado a conceder consentimento e por este meio autorizar UCF-CARD para troca de informações com as agências, escolas, profissionais e/ou outros como especificado acima. Eu entendo que eu posso revogar, por escrito, tudo ou parte deste autorização a qualquer momento e que qualquer divulgação adicional de informações do cliente é proibido.**

Assinatura pai/guardião: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_