

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

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 al individuo bajo el Trastorno del Espectro Autista 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 (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"/> Padres/Familiares: _____                                |
|   | _____  |
|   | <input type="checkbox"/> Otros: _____  |
|   | _____  |

\_\_\_\_\_  
Nombre del Adulto

\_\_\_\_\_  
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 Adulto: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_ Mi persona

\_\_\_ Guardianes/es

\_\_\_ Poder legal otorgados