

Universidad de Aurora
Clínica de Lectura
Instituto de Colaboración, Salón 226
347 S. Gladstone Avenue
Aurora, Illinois 60506
Dra. Roberta Linder, Directora Clínica de Lectura
(630) 844-3835

FORMA DE AUTORIZACION

AUTORIZACION PARA OBTENER Y/O INTERCAMBIAR INFORMACION

Yo autorizo a que se intercambie o se haga disponible la información en el expediente de:

Alumno: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

ENTRE: Universidad de Aurora Clínica de Lectura 347 S. Gladstone Avenue Aurora, IL. 60506	Y: _____ _____ _____ _____
--	---

Esta puede incluir información escrita como:

- Resultados de pruebas (ISAT, AIMSWeb, DIBELS, etc.)
- Otros expedients escolares que indiquen su aprovechamiento académico
- Reporte del tutor del Programa de Lectura de la Universidad de Aurora

También se puede incluir información verbal entre las entidades mencionadas arriba, sobre las necesidades académicas de su hijo (a). Un ejemplo sería el tutor de lectura y la maestra (o) de su hijo (a).

Esta información se usará para asegurar que la prueba y la tutoría ayuden a su hijo (a) a mejorar en la lectura. Además, esto le permitirá a la Universidad de Aurora poder compartir información con el personal de la escuela de su hijo (a).

Gracias,

Padre o Encargado _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha _____