



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

See [FERPA](#) information around step-parents/caregivers.

I understand that different agencies provide different services and benefits. Each agency must have specific information to provide services and benefits. By signing this form, I allow agencies to use and exchange certain information about my child/student, including information in an electronic database, so it will be easier for them to work together efficiently to provide or coordinate these services or benefits.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: _____

Student's Address: _____

Authorizer's Name: _____ Relationship to Student: _____

Authorizer's Phone: _____ Work Phone: _____

INDIVIDUAL/AGENCY	RECEIVING	DISCLOSING	INDIVIDUAL/AGENCY	RECEIVING	DISCLOSING
ADDRESS			ADDRESS		
CITY, STATE, ZIP CODE			CITY, STATE, ZIP CODE		
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER		TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER	
EMAIL			EMAIL		

The following confidential information about or records of the student can be exchanged:

Everything (any and all information/records)

Yes No

Yes No

Assessment Results

Psychiatric Records

Medication Information

STD/HIV Test Results

Medical Diagnosis

Psychological Records

Medical Records

Substance Abuse Information

Mental Health Diagnosis

Educational Records

Other information/records: _____

I want the information to be shared only for the following purpose(s):

Educational assessment Service coordination and treatment planning

Eligibility determination Education planning

Other: _____

I want this information to be shared by the following means: (check all that apply)

Written form In meetings or by phone

Electronically Fax

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ or for one year from the date of signature if no date is entered. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending such written notification to the individual/agency disclosing the information. Written revocation will be effective upon receipt but will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

If I do not sign this form, information will not be shared. However, I understand that I do not need to sign this authorization in order to assure treatment and services for my student.

See [FERPA](#) information around step-parents/caregivers.

Signature of Authorizing Person: _____

Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA REVELACION DE INFORMACION

Veá informacion [FERPA](#) referente a padrastrs o cuidador.

Entiendo que las diferentes agencias brindan diferentes servicios y beneficios. Cada agencia debe tener información específica para proporcionar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, permito que las agencias utilicen e intercambien cierta información sobre mi hijo / alumno, incluida la información de datos en base electrónica, para que sea más fácil que trabajen juntos de manera eficiente para proporcionar o coordinar estos servicios o beneficios.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____

Dirección del Estudiante: _____

Nombre del Autorizador: _____ Relación con el estudiante: _____

Telefono de Autorizador: _____ Telefono de Trabajo: _____

INDIVIDUO/AGENCIA	SOLICITANDO	REVELANDO	INDIVIDUO/AGENCIA	SOLICITANDO	REVELANDO
DIRECCION			DIRECCION		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		
NUMERO TELEFONICO	NUMERO DE FAX		NUMERO TELEFONICO	NUMERO DE FAX	
CORREO ELECTRONICO			CORREO ELECTRONICO		

La siguiente información confidencial o registros del estudiante pueden ser intercambiados:

Todo (cualquier informacion/registros)

Si No

Resultados de la evaluación

Información de medicación

Diagnostico Medico

Registros Médicos

Diagnóstico de Salud Mental

Si No

Registros Psiquiátricos

Resultados de las pruebas de ETS/VIH

Registros Psicológicos

Información sobre abuso de sustancias

Registros Educativos

Otra informacion/registros: _____

Quiero que la información se comparta solo para los fines siguientes:

Evaluación Educativa

Coordinación de servicios y planificación del tratamiento

Determinación de Elegibilidad

Planificación de la Educación

Otro: _____

Quiero que esta información se comparta por los siguientes medios: (marque todos los que correspondan)

Formulario Escrito

En reuniones o por teléfono

Electrónicamente

Fax

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia hasta _____ o por un año a partir de la fecha de la firma si no se ingresa una fecha. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a la persona / agencia que divulga la información. La revocación escrita entrará en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Si no firmo este formulario, la información no será compartida. Sin embargo, entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar el tratamiento y los servicios para mi estudiante.

Veá informacion [FERPA](#) referente a padrastrs o cuidador.

Firma de la Persona que Autoriza: _____

Fecha: _____