



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: _____

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	Yes	No

Other information/records: _____

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

- Educational assessment
- Eligibility determination
- Other: _____
- Service coordination and treatment planning
- Education planning

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

- Written form
- Electronically
- In meetings or by phone
- 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: _____
(Signature of Student 18 years or older or Student's Representative)

Signature of Authorizing Minor: _____ Date: _____
(Signature of Student 12 years or older when requesting medical, clinical mental health, medication and/or psychiatric records)

CONSENTIMIENTO PARA REVELACION DE INFORMACION

Vea 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: _____

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	Si	No
<i>Resultados de la evaluación</i>		<i>Registros Psiquiátricos</i>	<i>Registros Educativos de</i>
<i>Información de medicación</i>		<i>Resultados de las pruebas de ETS/VIH</i>	<i>Salud Mental</i>
<i>Diagnostico Medico</i>		<i>Registros Psicológicos</i>	<i>Registros Clínicos de</i>
<i>Registros Médicos</i>		<i>Información sobre abuso de sustancias</i>	<i>Salud Mental</i>
<i>Diagnóstico de Salud Mental</i>		<i>Registros Educativos</i>	

Otra informacion/registros: _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Educativa | <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios y planificación del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Determinación de Elegibilidad | <input type="checkbox"/> Planificación de la Educación |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario Escrito | <input type="checkbox"/> En reuniones o por teléfono |
| <input type="checkbox"/> Electrónicamente | <input type="checkbox"/> 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 o 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. Vea informacion [FERPA](#) referente a padrastrs o cuidador.

Firma de la Persona que Autoriza: _____ Fecha: _____
(Firma del estudiante de 18 años o mas, o representante del estudiante)

Firma de menor que Autoriza: _____ Fecha: _____
(Firma del estudiante de 12 años o más cuando solicite registros médicos, de salud mental mental, medicamentos y / o registros psiquiátricos)