



# 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 <b>REQUESTING</b> INFORMATION		INDIVIDUAL/AGENCY <b>DISCLOSING</b> INFORMATION	
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

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: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Autorizador: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Telefono de Autorizador: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

INDIVIDUO/AGENCIA QUE <b>SOLICITA</b> INFORMACION		INDIVIDUO/AGENCIA <b>DANDO</b> INFORMACION	
DIRECCION		DIRECCION	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	
NUMERO TELEFONICO	NUMERO DE FAX	NUMERO TELEFONICO	NUMERO DE FAX
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	

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

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:**

- |  |  |
|--|--|
| <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 / 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: \_\_\_\_\_