



**Newport-Mesa Unified School District  
Parent Permission for Release of Information  
(Medical, Health, Psychological)**

**Student Information**

First Name	Middle Name	Last Name	Date of Birth	Age	Gender	Today's Date
Student ID#	Current School		Current Grade	Teacher		

I hereby consent to, request, and authorize any and all persons or entities listed below to exchange with Newport-Mesa Unified School District any or all medical, health and psychological information regarding the above named person. I understand this information will be used to plan education services.

**Individual/Health Provider Disclosing Information**

**School/Education Program Receiving Information**

Disclosing Party			Receiving Party		
Address			Address		
City	State	Zip	City	State	Zip
Phone #	Fax #		Phone #	Fax#	

I give permission for both parties identified above to disclose and receive this information.

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending such written notification to the releasing agency. Written revocation will be effective upon receipt, but will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

I understand that health information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and it is no longer protected by federal laws and regulations regarding the privacy of protected health information. I further understand the confidentiality of the information when released to a public educational agency is protected as a student record under the Family Rights and Privacy Act (FERPA).

**Indicate Type of Information to Disclosed (check all that apply)**

<input type="checkbox"/> Medical information	<input type="checkbox"/> Medical History	<input type="checkbox"/> Medications (Current)	<input type="checkbox"/> Recommendations for School
<input type="checkbox"/> Treatment Plans	<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Disease-Specific Information
<input type="checkbox"/> Vaccination Records	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Behavioral Concerns	<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Information
<input type="checkbox"/> Relevant Lab Results	<input type="checkbox"/> Return to School (Absence)	<input type="checkbox"/> Other	

A photocopy of this document is as valid as the original. This authorization shall become effective immediately and shall remain effective until \_\_\_\_\_ (date) or for one year from the date of signature if no date is entered.

Parent/Guardian Signature	Date	Relationship to Student
---------------------------	------	-------------------------

**District Use:**

Date Received By District	
Parent Did Not Respond By	
Parent Consent Declined Date	

**Información del estudiante**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad	Género	Fecha de hoy
ID del estudiante	Escuela actual		Grado escolar actual	Maestro(a)		

Por la presente doy mi consentimiento, solicito y autorizo a cualquiera y todas las personas o entidades mencionadas a continuación intercambiar con el Distrito Escolar Unificado de Newport-Mesa cualquier o toda la información médica, de salud y psicológica respecto a la persona mencionada anteriormente. Entiendo que esta información será utilizada para planificar los servicios educativos.

**Persona/Proveedor de salud que divulga la información**

**Escuela/Programa educativo que recibe la información**

Parte divulgadora			Parte receptora		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Núm. telefónico	Núm. de Fax		Núm. telefónico	Núm. de Fax	

Doy permiso a ambas partes identificadas anteriormente para divulgar y recibir esta información.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a la agencia de divulgadora. La revocación por escrito será efectiva en el momento en que se reciba, pero no se aplicará a la información que ya ha sido dada a conocer en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del receptor y ya no está protegida por las leyes federales y reglamentos respecto a la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se da a conocer a una agencia educativa pública está protegida como un registro estudiantil bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

**Indique el tipo de información que se divulgará (marcar todo lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/> Información médica	<input type="checkbox"/> Historial médico	<input type="checkbox"/> Medicamentos (actuales)	<input type="checkbox"/> Recomendaciones para la Escuela
<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Información específica a enfermedades
<input type="checkbox"/> Registros de vacunación	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento	<input type="checkbox"/> Información sobre drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio relevantes	<input type="checkbox"/> Regreso a la escuela (ausencia)	<input type="checkbox"/> Otra	

Una fotocopia de este documento es tan válida como el original. Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y seguirá vigente hasta \_\_\_\_\_ (fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no se introduce ninguna fecha.

Firma del Padre/Tutor	Fecha	Relación al estudiante
-----------------------	-------	------------------------

**Para uso del distrito:**

Fecha en que el distrito recibió la solicitud	
El padre de familia no respondió antes de	
Fecha en que los padres denegaron el consentimiento	