



Azusa Unified School District

546 South Citrus Avenue . P.O. Box 500 . Azusa, CA 91702-0500

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF INFORMATION

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable information as set forth below, consistent with California and Federal law concerning the privacy of such information. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

PATIENT/STUDENT NAME _____
Last First Middle Date of Birth

I, the undersigned, authorize the ☐ Release ☐ Exchange ☐ Request

RECORDS/INFORMATION FROM:

Person/Agency: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone #: _____

FAX#: _____

SEND RECORDS/INFORMATION TO:

Person/Agency: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone #: _____

FAX#: _____

☐ Psychiatric/Mental Health Records/ Information (CA W & I Code Section 5328)

☐ Diagnosis

☐ Medication Records

☐ Discharge Summary

☐ Medical Records (Civil Code 56.10, Title 17)

☐ Lab Results Specify: _____

☐ Alcohol/Substance Abuse Treatment Records/Information (Section 42, CFR, Part 2) - Cannot be combined w/ any other categories

☐ DCFS Records (please specify): _____

☐ School Records (i. e., academics, attendance, immunizations. IEP, 504, etc.)

☐ Psychological/DIS Test Results

Duration:

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.

Revocation:

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.

Re-disclosure:

I understand that the requestor (School District) will protect this information as prescribed by the Family Equal Rights Protection Act (FERPA) and that the information becomes part of the student's permanent educational record. The information will be shared with individuals working at or with the School District for the purpose of providing a safe, appropriate, and least restrictive educational setting and school health services program.

Health Information:

I understand that authorizing the disclosure of health information is voluntary and I have the right to receive a copy of the authorization. Signing this authorization may be required in order for this student to obtain appropriate services in the educational setting.

A copy of this authorization is as valid as an original.

Approval:

Printed Name Signature Relationship to Patient/Student Date

Address City Zip Code () Phone Number Copy Received (Initials)

Education - the Torch that Lights the Path of Knowledge



Azusa Unified School District

546 South Citrus Avenue . P.O. Box 500 . Azusa, CA 91702-0500

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al completar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información personal identificable como se establece a continuación, de acuerdo con la ley de California y la ley Federal relativo a la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE O PACIENTE _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

Yo, la persona que firma, autorizo

☐ La Liberación

☐ Intercambio

☐ Solicitud

ARCHIVOS E INFORMACIÓN DE:

ENVÍE LOS ARCHIVOS E INFORMACIÓN A:

Persona/Agencia: _____

Persona/Agencia: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

No. de teléfono: _____

No. de teléfono: _____

FAX#: _____

FAX#: _____

- ☐ Psiquiátrico/Récores de Salud Mental / Información (CA W & I Código Sección 5328)
- ☐ Diagnóstico
- ☐ Registro de medicamentos
- ☐ Registro fecha dado de alta
- ☐ Registros Médicos (Código Civil 56.10, Título 17)
- ☐ Resultados del Laboratorio - Especificar: _____
- ☐ Alcohol / Registro del tratamiento por abuso de sustancias (Sección 42, CFR, Parte 2) – No se puede combinar con cualquier otra categoría
- ☐ Registros de DCFS (Por favor especifique): _____
- ☐ Registros Escolares (por ejemplo: académico, asistencia, vacunas, IEP, 504, etc.)
- ☐ Resultados de las pruebas psicológicas /DIS

Duración:

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta _____ o por un año desde la fecha de la firma si no especifica la fecha de vigencia.

Revocación:

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a la agencia de liberación. La revocación por escrito entrará en vigor al momento de recibirla, pero no se aplicará a la información que ha sido ya dada en respuesta a esta autorización.

Nueva divulgación:

Yo entiendo que el solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Protección de la Familia de Igualdad de Derechos (FERPA, por sus siglas en inglés) y que la información se convierte en parte del registro educativo permanente del estudiante. La información será compartida con las personas que trabajan en o con el Distrito Escolar, con el fin de proporcionar un ambiente educativo seguro, apropiado, menos restrictivo y el programa de servicios de salud escolar.

Información sobre la salud:

Entiendo que el autorizar la divulgación de información de salud es voluntaria y tengo el derecho de recibir una copia de la autorización. La firma de esta autorización puede ser requerida para que este estudiante obtenga los servicios adecuados relacionados con el ámbito de la educación.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Aprobación:

Nombre (escriba con letra de imprenta)

Firma

Relación al paciente / estudiante

Fecha

Dirección

Ciudad

Zona Postal

() _____
Número de teléfono

Copia recibida (Iniciales)

Education - the Torch that Lights the Path of Knowledge