



Authorization for Exchange of Medical Information

SECTION I- INFORMATION REQUESTED FROM	
NAME:	NAME OF PERSON DISCLOSING INFORMATION:
AGENCY:	
ADDRESS:	TITLE:
Name of Student: Birth Date: Date:	
Specific nature of information to be disclosed:	
SECTION II - AUTHORIZATION	
SECTION II -AUTHORIZATION	
I hereby authorize the release of medical information as described in Section 1 to the individuals who are affiliated with the school/agency indicated in Section III. This authorization expires on: _____ _____ Parent Signature _____ Student Signature _____ Date _____ Date	
If the student is a minor authorized to consent to health care without parental consent under federal and state law, only the student shall sign this authorization form.	
SECTION III - AGENCY RECEIVING INFORMATION	
AGENCY/SCHOOL:	This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are prohibited from releasing it to any agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient. See chapter 70.02 RCW. Envelope shall be marked "CONFIDENTIAL".
NAME/POSITION (Nurse, Administrator, etc.)	
ADDRESS	



Autorización para el intercambio de información médica.

SECCIÓN I- INFORMACIÓN SOLICITADA A		
NOMBRE:	NOMBRE DE LA PERSONA QUE DIVULGA LA INFORMACIÓN:	
AGENCIA:		
DIRRECIÓN:	TÍTULO:	
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
Naturaleza específica de la información a revelar:		
SECCIÓN II - AUTORIZACIÓN		
Por el presente autorizo la divulgación de información médica como se describe en la Sección 1 a las personas que están afiliadas a la escuela / agencia indicada en la Sección III. Esta autorización vence el: _____ _____ Firma de Padre de Familia _____ Firma del Estudiante _____ Fecha _____ Fecha		
Si el estudiante es un menor autorizado para dar su consentimiento para la atención médica sin el consentimiento de los padres según las leyes federales y estatales, solo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización..		
SECCIÓN III - AGENCIA QUE RECIBE INFORMACIÓN		
AGENCIA / ESCUELA:	Esta información que se le divulga está protegida por las leyes estatales y federales. Tiene prohibido divulgarlo a cualquier agencia o persona que no figure en este formulario sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente. Consulte el capítulo 70.02 RCW. El sobre deberá estar marcado como "CONFIDENCIAL".	
NOMBRE / POSICIÓN (Enfermero, Administrador, etc.)		
DIRRECIÓN		