



Oxnard School District

1051 South "A" Street • Oxnard, CA 93030 • 805/385-1501

www.oxnardsd.org



AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF CONFIDENTIAL INFORMATION (HIPAA)

Student Name: _____ Date of Birth: _____

I hereby authorize _____
Agency or Individual

to release and disclose educational, medical, and/or psychological
information concerning my child to:

Name of School or Individual: _____
Oxnard School District
1051 South A Street
Oxnard CA 93030

Specific information to be released/obtained:

- ☐ All educational, medical, and/or psychological information
including diagnosis and assessment results (May include
documents, records and/or phone conversations)
- ☐ Only the following records or type of information: _____
- ☐ Please specify if any information is to be excluded: _____

This authorized disclosure of information is required for the following purpose:

This authorization shall become effective on ____/____/____ and will expire in one year.

A photocopy or facsimile of this form is to be considered as valid as the original.

I have read and understood the following statements about my rights:

- *I may revoke this authorization at any time prior to its expiration date, by notifying the providing organization in writing, but the revocation will not extend to information that was already obtained or released prior to the revocation.*
- *I have the right to receive a copy of this authorization, as well as the information described on this form.*
- *Under certain circumstances, the information that is used or disclosed pursuant to this authorization may be redisclosed by the receiving entity according to Federal and State law and may no longer be protected. I have the right to seek assurances from the above-named persons/organizations authorized to receive the information, that they will not redisclose the information to any other party without my further authorization unless mandated by law.*

Signature _____ Date _____

Parent/Guardian -Please circle relationship to the student



Oxnard School District

1051 South "A" Street • Oxnard, CA 93030 • 805/385-1501

www.oxnardsd.org

Distrito Escolar de Oxnard



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (HIPAA)

Nombre del Alumno/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a _____

(Agencia o individuo)

para que pueda liberar y divulgar información educativa, médica y/o psicológica sobre mi hijo/a:

Nombre de la Escuela o individuo: _____

Distrito Escolar de Oxnard

1051 South A Street

Oxnard, CA 93030

Información específica que será liberada/obtenida:

- ☐ Toda información educativa, médica, y/o psicológica incluyendo diagnósticos y resultados de evaluaciones (Pueden incluir documentos, registros y conversaciones telefónicas)
- ☐ Solamente los siguientes registros o tipo de información: _____
- ☐ Por favor especifique si se debe excluir alguna información: _____

Esta divulgación de información autorizada se requiere para el siguiente propósito:

Esta autorización entra en efecto en ____/____/____ y caducará en un año.

Una fotocopia o facsímil de este formulario debe considerarse válida como su original.

He leído y comprendido las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento, notificando por escrito a la organización proveedora, pero la revocación no se extenderá a la información que ya se obtuvo o se divulgó antes de la revocación.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, así como la información descrita en este formulario.
- En determinadas circunstancias, la información que se utiliza o divulga conforme a esta autorización puede volver a divulgarse por la entidad receptora de acuerdo con las leyes federales y estatales y es posible que ya no esté protegida. Tengo derecho a solicitar garantías de las personas/organizaciones anteriormente mencionadas, autorizadas para recibir la información, de que no volverán a divulgar la información a ninguna otra parte sin mi autorización adicional, a menos que lo exija la ley.

Firma _____ Fecha _____

Padre/Tutor -Por favor circule la relación con el/la estudiante