



Richmond College Prep Schools

1014 Florida Ave
Richmond, CA 94804
510.235.2066

Authorization to release/exchange information

Name of Student :

Date of birth

I, request and authorize Richmond college Prep schools
to **release/request** information **to/from**, name/agency:

Address: _____

For the purpose of: _____

If for a specific time period please indicate: _____

Information to be released may include but not limited to:

Psychiatric:	Yes/No	Mental health assessment/evaluation:	Yes/No
Substance use:	Yes/No	Criminal justice history:	Yes/No
HIV test results:	Yes/No	Housing History:	Yes/No
Academic/behavioral progress: Yes/No			

Exclude other information (specify): _____

This authorization is valid until (Date or Event): _____ and I may
revoke it at any time by submitting a written request to the disclosing party which will be in
effect upon receipt. The revocation will not apply to information already released.

I have the right to receive a copy: Copy requested and issued: _____

I understand that the recipient of this information may not further use, transfer or re-disclose this
information to any person, entity unless another authorization is obtained from me or unless
required or permitted by law. A photocopy of this authorization is as valid as the original.

Person authorizing this (parent/minor): _____

Signature

Date

For Revocation: As of date: _____, I hereby revoke this release.

Signed by: _____ Date revocation received: _____



Richmond College Prep Schools

1014 Florida Ave
Richmond, CA 94804
510.235.2066

Autorización para divulgar/intercambiar información

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____
Yo, solicito y autorizo Richmond College prep (Consejero) a divulgar/solicitar información
a/de, nombre/agencia: _____
Domicilio: _____
Proposito _____
Si es para un período de tiempo específico, indique: _____

La información que se divulgará puede incluir, entre otros:
Psiquiátrico: Sí/No Valoración/evaluación de salud mental: Sí/No
Uso de sustancias: Sí/No Historial de justicia penal: Sí/No
Resultados de la prueba del VIH: Sí/No Historial de vivienda: Sí/No
Progreso académico/comportamental: Sí/No

Excluya otra información (especifique): _____

Esta autorización es válida hasta (Fecha o evento): _____ y puedo
revocar en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a la parte reveladora que
entrará en vigencia al recibirla. La revocación no se aplicará a la información ya divulgada.
Tengo derecho a recibir una copia: Copia solicitada y emitida: _____
Entiendo que el destinatario de esta información no puede seguir usando, transferir o volver a
divulgar esta información a ninguna persona o entidad, a menos que obtenga otra autorización
mía o que la ley lo exija o lo permita. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como
el original.

Persona que autoriza esto (padre/menor): _____

Firma del padre/tutor Fecha de firma

Para revocación: A partir de la fecha: _____, por la presente revoco este
comunicado.

Firmado por: _____ Fecha de recepción de la revocación: _____