



FERPA Release of Records and/or Exchange of Information

PURPOSE: As a parent, guardian or student, you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies.

Student Name: _____ Date: _____

Student DOB: _____ Parent/Guardian: _____

I hereby authorize the release of record:

From: _____ (Name of agency/person) To: _____ (Person/Agency Making the Request)

Street Address City State Zip

Street Address City State Zip

Phone Fax

Phone Fax

Describe the records to be disclosed:

- Health Records, Transcripts, Psychological and Counseling Records, Communication/Exchange of information between agency and school, Special Education Records, Other (specify):

Release Requiring Specific Consent: Specific consent is required for release of the following information. Student consent is also required at the ages specified in parentheses below.

I specifically authorize the release of records relating to:

- Reproductive care (student consent always required), Mental Health/Illness (age 13 and older), Sexually Transmitted Diseases or HIV/AIDS (age 14 and older), Drug/Alcohol Abuse (age 13 and older)

The reason for disclosing the record(s) is:

- An Evaluation or Reevaluation Process, An IEP is Being Developed, A Program Review, Other (specify):

I understand and acknowledge the following:

- Released information will be treated in a confidential manner by the school district... The information released in response to this authorization may be re-disclosed to other parties... My consent for the release of records is voluntary and I can withdraw consent at any time...

This authorization is valid from ___/___/___ to ___/___/___.

Note: If no date is specified above, authorization will expire one year from the date of the signature below.

Parent/Guardian Signature Date Student Signature Date

Autorización para Compartir Expedientes y/o Intercambio de Información

PROPÓSITO: Como padre, tutor o alumno, usted tiene el derecho de dar permiso o no dar permiso para compartir el expediente de su hijo con otras personas o agencias. Esta petición le ofrece la oportunidad de aprobar o no aprobar dicha solicitud a menos que dicha divulgación de información sea permitida en acuerdo con las excepciones bajo las reglas de implementación de los Derechos de Educación de la Familia y EL Acta de Privacidad, FERPA, (por ejemplo, transferencia de registros de un distrito escolar a otro).

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Padre/Guardián: _____

Por la presente autorizo compartir el expediente:

De: _____ Para: _____
(Nombre de agencia/Persona) (Persona/Agencia Solicitando el Expediente)

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Fax

Número de Teléfono Fax

Describe el expediente que será compartido:

- Expediente Médico
- Expediente Psicológico
- Expediente de Educación Especial
- Transcripciones
- Intercambio de Información entre la agencia y la escuela
- Otro (especifique): _____

Información que requieren consentimiento específico: Se requiere consentimiento específico para compartir la siguiente información. Se requiere consentimiento del estudiante de la edad especificada entre paréntesis al final de la página. Registros de salud mental están protegidos bajo RCW 71.05.390 y capítulo 21.34 RCW. Registros de abuso y el tratamiento de drogas y alcohol están protegidos bajo 42 C.F.R. §2; Información relacionada con el VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual está protegida bajo RCW 70.24.105.

Autorizo que se comparta el expediente relacionado específicamente a:

- Cuidado Reproductivo (consentimiento del estudiante siempre requerido)
- Enfermedades Venéreas o HIV/SIDA (edades 14 en adelante)
- Enfermedades Mentales (edades 13 en adelante)
- Abuso de Drogas/Alcohol (edades 13 en adelante)

La razón por la cual el expediente será compartido:

- Una Evaluación o Proceso de Reevaluación
- Revisión del Programa
- El desarrollo de un Plan Educativo Individual (IEP)
- Otro (especifique): _____

Entiendo y acepto lo siguiente::

- La información compartida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar de acuerdo a las provisiones de los derechos de Educación de familia y ley de privacidad (FERPA). FERPA prohíbe la divulgación de información personalmente identificable sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas. Si la solicitud es para la salud o información médica, la información médica recibida por el distrito está protegida bajo las normas de privacidad FERPA y no por Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).
- La información compartida por medio de esta autorización puede ser re-divulgada a terceros.
- Mi consentimiento para compartir registros es voluntaria y puedo retirar el consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya ha sido publicada en dependencia de esta autorización. Revocación debe ser por escrito.

Esta autorización es válida durante ____/____/____ a ____/____/____.

Nota: Si no se especifica ninguna fecha, esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha