Greeley-Evans | Weld County School District 6
Office of Health Services
1025 NINTH AVENUE
GREELEY, COLORADO 80631
970-348-6000
WWW.GREELEYSCHOOLS.ORG

Consent for Release/Exchange of Confidential Information

Date: _____

Student Name: _____ DOB: _____

Address: _____ City/State: _____ Zip Code: _____

This consent authorizes the following agencies to release and exchange confidential information about this student.

	TO/FROM		**TO/FROM**
Agency Name:		Agency Name:	Greeley/Evans School District 6
Agency Dept:		Agency Dept:	
Contact Person:		Contact Person:	
Address:		Address:	
City/State/Zip:		City/State/Zip:	
Phone:		Phone:	
FAX:		FAX:	
Email:		Email:	

The following checked records are requested to be released and/or exchanged between the above noted agencies.

- ❒ Audiometric
- ❒ Medical/Health History
- ❒ Psychiatric
- ❒ Psychological Records
- ❒ Educational
- ❒ Occupational Therapy
- ❒ Physical Therapy
- ❒ Speech/Language Therapy
- ❒ Social History
- ❒ Social Work
- ❒ Counseling
- ❒ Residential Treatment Records
- ❒ Other: _____

The information will be used in compliance with the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and the Colorado Open Records Act (CORA) Law. No additional information will be released or exchanged without prior approval from the parent/guardian, except as provided by law.

❒ YES ❒ NO I consent to the release and/or exchange of the above information.

_____

Parent/Guardian/Adult Student Signature *Date*

_____

Witness Signature *Date*

Greeley-Evans | Weld County School District 6
Office of Health Services
1025 NINTH AVENUE
GREELEY, COLORADO 80631
970-348-6000
WWW.GREELEYSCHOOLS.ORG

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo postal: _____

Este consentimiento autoriza a las siguientes agencias a revelar e intercambiar información confidencial sobre este estudiante.

PARA/DE		**PARA/DE**	
Nombre de Agencia:		Nombre de Agencia:	Greeley/Evans School District 6
Dpto. de Agencia:		Dpto. de Agencia:	
Persona de Contacto:		Persona de Contacto:	
Direccion:		Direccion:	
Ciudad/Estado/Código postal:		Ciudad/Estado/Código postal:	
Telefono:		Telefono:	
FAX:		FAX:	
Correo Electrónico:		Correo Electrónico:	

Se solicita que los siguientes registros verificados sean divulgados y/o intercambiados entre las agencias mencionadas anteriormente.

❒	Audiometría	❒	Educational	❒	Historial Social
❒	Historial Médico/Salud	❒	Terapia Ocupacional	❒	Trabajo Social
❒	Psiquiátrico	❒	Terapia Física	❒	Consejería
❒	Expedientes Psicológicos	❒	Terapia de Habla/Lenguaje	❒	Expedientes de Tratamiento Residencial

❒ Otro: _____

La información se utilizará de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Acceso a Registros Públicos de Colorado (CORA). No se divulgará ni intercambiará información adicional sin la autorización previa del padre/madre o tutor, salvo en los casos previstos por la ley.

❒ Sí ❒ NO Doy consentimiento para liberar y/o intercambiar la información indicada arriba.

_____

Firma de Padres/Tutores/Estuidante Adulto *Fecha*

_____

Firma de Testigo *Fecha*